

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1921-1922. — N° 152

---

# DE L'HÉMIGASTRECTOMIE (ou gastropyloréctomie)

*dans le traitement de l'estomac biloculaire*

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 11 Juillet 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Frédéric GIRE

*né le 15 juin 1894, à Monistrol-sur-Loire (Haute-Loire)*



LYON

Imprimerie Jean DEPRELLE  
ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

1922



# DE L'HÉMIGASTRECTOMIE

(ou gastropyloréctomie)

*dans le traitement de l'estomac biloculaire*

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 11 Juillet 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Frédéric GIRE

*né le 15 juin 1894, à Monistrol-sur-Loire (Haute-Loire)*



LYON

—  
Imprimerie Jean DEPRELLE

ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

—  
1922

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire. . . . . M. HUGOUNENQ  
Doyen. . . . . MM. J. LÉPINE  
Assesseur. . . . . ROQUE

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT

## PROFESSEURS

|                                                             |   |                |
|-------------------------------------------------------------|---|----------------|
| Cliniques médicales . . . . .                               | { | MM. TEISSIER   |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                           |   | ROQUE          |
| Clinique obstétricale et Accouchements . . . . .            | { | BARD           |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                          |   | TIXIER         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .   | { | BERARD         |
| Clinique neurologique et psychiatrique . . . . .            |   | COMMANDEUR     |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                 | { | ROLLET         |
| Clinique des maladies des femmes . . . . .                  |   | NICOLAS        |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie . . . . .                 | { | LÉPINE (J.)    |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .         |   | WEILL          |
| Clinique chirurgicale des maladies des enfants . . . . .    | { | POLLOSSON (A.) |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie . . . . . |   | LANNOIS        |
| Chimie biologique . . . . .                                 | { | ROCHET         |
| Chimie organique et Toxicologie . . . . .                   |   | NOVE-JOSSERAND |
| Matière médicale et Botanique . . . . .                     | { | CLUZET         |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale . . . . .      |   | HUGOUNENQ      |
| Anatomie . . . . .                                          | { | MOREL          |
| Histologie . . . . .                                        |   | MOREAU         |
| Physiologie . . . . .                                       | { | GUIART         |
| Pathologie interne . . . . .                                |   | LATARJET       |
| Pathologie et Thérapeutique générales . . . . .             | { | POLICART       |
| Anatomie pathologique . . . . .                             |   | DOYON          |
| Chirurgie opératoire . . . . .                              | { | COLLET         |
| Médecine expérimentale et comparée . . . . .                |   | MOURQUAND      |
| Médecine légale . . . . .                                   | { | PAVIOT         |
| Hygiène . . . . .                                           |   | VILLARD        |
| Thérapeutique . . . . .                                     | { | ARLOING (F.)   |
| Pharmacologie . . . . .                                     |   | ÉTIENNE MARTIN |
|                                                             | { | COURMONT (P.)  |
|                                                             |   | PIC            |
|                                                             | { | FLORENCE A.    |
|                                                             |   |                |

## PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|                                                      |          |
|------------------------------------------------------|----------|
| Chargés d'un cours de : Pathologie externe . . . . . | VALLAS   |
| — Propédeutique de gynécologie . . . . .             | CONDAMIN |
| — Chimie minérale . . . . .                          | BARRAL   |
| — Urologie . . . . .                                 | GAYET    |

## CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                          |            |
|----------------------------------------------------------|------------|
| Anatomie topographique . . . . .                         | PATEL      |
| Botanique . . . . .                                      | BRETIN     |
| Embryologie . . . . .                                    | HOVELACQUE |
| Orthopédie . . . . .                                     | LAROYENNE  |
| Puériculture et hygiène de la première enfance . . . . . | CHATIN     |
| Stomatologie . . . . .                                   | TELLIER    |

## AGRÉGÉS

|                 |                   |             |                               |
|-----------------|-------------------|-------------|-------------------------------|
| MM.             | MM.               | MM.         | MM.                           |
| NOGIER          | GARIN             | DUROUX      | CORDIER                       |
| BRETIN          | SAVY              | HOVELACQUE  | ROUBIER                       |
| LERICHE         | FROMENT           | TRILLAT     | FAVRE                         |
| THEVENOT (Léon) | THEVENOT (Lucien) | SARVONAT    | MURARD                        |
| TAVERNIER       | PIERY             | FLORENCE G. | BONNET                        |
| CADE            | COTTE             | ROCHAIX     | GRAVIER, chargé des fonctions |

M. BAYLE, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, Président ; THEVENOT Léon, Assesseur  
MM. BONNET et SANTY, Agrégés

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.*

A MA GRAND MÈRE

A LA MEMOIRE DE MON PERE ET DE MA MERE

En humble témoignage de ma  
reconnaissance et de mon profond  
amour filial.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE JEAN

ASPIRANT AU 133<sup>e</sup> BATAILLON DE SÉNÉGALAIS

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A MA SŒUR ET A MON FRERE

A MA FAMILLE

A MON PRESIDENT DE THESE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR  
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE LYON  
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Nous le remercions du très grand  
honneur qu'il nous a fait en accep-  
tant la présidence de notre thèse.

## A MES AMIS

## A MES CAMARADES TUÉS A L'ENNEMI

## AVANT-PROPOS

---

*Au début de ce travail, nous nous faisons un devoir d'adresser l'hommage ému de notre reconnaissance à M. le D<sup>r</sup> Goullioud, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Joseph, qui a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse, et nous donner avec un dévouement sans borne l'appui de ses conseils éclairés. Pendant nos deux années d'internat passées dans son service, nous avons pu apprécier sa haute conscience professionnelle, en même temps que l'extrême bienveillance dont il ne s'est jamais départi à notre égard.*

*Nos remerciements iront ensuite à M. le D<sup>r</sup> Delore, chirurgien des hôpitaux, qui nous a initié aux principes de la chirurgie ; il nous a donné, en maintes circonstances, toutes les marques d'une accueillante sympathie et a mis bien volontiers à notre disposition les renseignements et observations qui nous étaient précieuses pour cette étude.*

*Nous n'oublierons pas M. le Professeur agrégé Paul Bonnet ; il a bien voulu nous donner un aperçu de sa profonde érudition qui n'a d'égale que son obligeante affabilité.*

*A M. le D<sup>r</sup> Vignard, chirurgien des hôpitaux, nous dirons toute notre reconnaissance ; durant une année de guerre vécue dans son ambulance, il a fait preuve à notre*

*égard d'une mansuétude toute particulière, et nous a donné par la suite le plus cordial accès dans son service.*

*Nos maîtres de l'hôpital Saint-Joseph ont également droit à toute notre gratitude :*

*M. le D<sup>r</sup> Olivier, chirurgien assistant, qui s'est montré particulièrement bienveillant envers nous, et a largement contribué à notre formation chirurgicale ; M. le D<sup>r</sup> Chabrier, médecin en chef, qui nous a donné, avec autant de science que d'aménité, un précieux enseignement clinique dont nous nous efforcerons de profiter par la suite ; à lui et à M. le D<sup>r</sup> Giuliani, chirurgien adjoint, dont nous sommes actuellement l'interne, nous sommes heureux de dire toute notre reconnaissance ; M. le D<sup>r</sup> Faysse, chef de laboratoire, dont nous gardons le meilleur souvenir.*

*Nous n'aurions garde d'oublier nos maîtres des hôpitaux qui ont contribué à notre éducation professionnelle :*

*M. le Professeur Roque et M. le Professeur Bérard dont les leçons de clinique nous ont été si profitables ; M. le Professeur P. Courmont auprès duquel nous avons passé un semestre des plus agréables ; M. le Professeur Rollet ; M. le D<sup>r</sup> Gonnet, accoucheur des hôpitaux ; M. le D<sup>r</sup> Santy, chirurgien des hôpitaux ; nous les prions de croire à notre respectueuse et vive reconnaissance.*

---

Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## HISTORIQUE

---

Le traitement de l'estomac en sablier est l'une des questions de la chirurgie gastrique qui a suscité les plus vives discussions. Plusieurs interventions ont eu leur moment de vogue pour être peu à peu reléguées au rang des opérations de nécessité.

C'est d'abord la *gastroplastie*, la première appliquée à l'estomac biloculaire par Bardeleben (1889), laquelle resta durant une dizaine d'années la seule employée ; elle fut alors supplantée par la *gastro-gastrostomie*, créée par Voelfler, en 1894, et qui fut surtout en faveur vers 1900.

Ces deux interventions ne tardaient cependant pas à disparaître devant le *gastro-entérostomie* (Delore et Alamar-tine) ; cette dernière, tard venue, fut bientôt préconisée par une foule d'auteurs, entre autres Guillemot, Pouchet, Boismard, Monprofit (1907), etc., et resta, pendant plusieurs années, la méthode de choix.

Les résultats obtenus avec ces procédés palliatifs étaient des plus variables ; il arrivait fréquemment d'observer des récidives de l'ulcus laissé en place, et parfois des complications mortelles. Ces insuccès ont conduit peu à peu les chirurgiens à adopter la méthode radicale, supprimant à la fois sténose et ulcère, et comportant par là même, de sérieuses garanties contre les récidives ultérieures.

La *résection médiogastrique*, d'abord partielle avec Zeller (1894) et Schultz (1898), puis annulaire avec Riedel (1898), et Bussola (1902), devint peu à peu la méthode de prédilection. En 1907, Leriche en précisait la technique opératoire ; les années suivantes, Delore et Alamartine (1909), Santy (1914), en ont rapporté un assez grand nombre de cas, parmi lesquels il convient de citer, dans le travail de ce dernier, quelques belles observations de MM. Tixier et Delore.

Enfin, au cours de ces dernières années, plusieurs cas ont été publiés (Lagoutte, Lapointe, Desgouttes, etc.), lesquels prouvent clairement que la méthode est toujours en faveur.

Une deuxième intervention radicale tend cependant à occuper une certaine place dans le traitement de l'estomac en sablier, et surtout de l'ulcus de la petite courbure ; nous voulons parler de la *gastro-pylorectomie*.

Budinger, en 1899, appliquait cette méthode à un cas complexe de sténose pyloro-duodénale et médiogastrique associées, cette dernière résultant vraisemblablement de fortes adhérences de périgastrite développées autour d'un ulcus.

En 1907, M. Goullioud, en présence d'un cas simple d'estomac en bissac, étendait l'exérèse, de la zone médiogastrique au pylore. Il comparait cette intervention à celle que l'on pratique dans l'utérus didelphe en réséquant l'un des deux utérus, ce qui constitue l'hémi-hystérectomie. Aussi, à l'appellation de gastropylorectomie, a-t-il préféré, pour désigner cette intervention, le terme d'*hémigastrectomie*, c'est-à-dire résection de l'estomac inférieur résultant de la biloculation.

Si l'on s'en rapporte à deux sources bibliographiques autorisées, cette opération, dont l'observation a été publiée à l'époque (1), semble être la première qui ait été pratiquée dans la simple biloculation gastrique.

Veyrassat (2), qui mentionne la gastro-pylorectomie comme traitement de l'estomac en sablier, n'en connaît que deux observations : celle de Goullioud, et une postérieure de Bérard ; dans ce dernier cas, il s'agissait d'un néoplasme.

Dans la thèse de Santy (obs. 73), c'est également la première qui se rapporte à la simple sténose médiogastrique.

Dans les années suivantes, la gastropyloréctomie a été employée dans des cas plus ou moins complexes par Delore, Kuttner, Petersen, Borelius, Bier, Pauchet, etc..., dont les observations sont relatées dans la thèse de Santy.

En 1919, Pauchet (3) fait, sur la biloculation gastrique, une publication qui témoigne de sa préférence pour la gastropyloréctomie ; à cette date, il avait déjà pratiqué quinze interventions de ce genre pour des cas assez divers.

La même année enfin, M. Goullioud communique à la Société de Chirurgie de Paris ses trois premières observations qui sont l'objet d'un rapport de P. Duval.

Cette intervention fera le sujet de notre thèse ; pour limiter notre travail, nous nous en rapporterons de préférence à quelques observations déjà publiées pour la plu-

---

(1) *Société de Chirurgie de Lyon*, 25 janvier 1908, et *Lyon Médical*, 15 mars 1908.

(2) VEYRASSAT : L'estomac biloculaire et son traitement chirurgical. *Revue de Chirurgie*, 1908.

(3) PAUCHET : Estomac biloculaire. *Presse médicale*, 24 juillet 1919.

part, et qui constituent les séries opératoires des services de M. Goullioud et de M. Delore, observations desquelles nous excluons toute biloculation d'origine néoplasique.

Nous exposerons tout d'abord quelques notions d'anatomie pathologique d'après les constatations opératoires des observations qui suivent, et d'où découlent le plus souvent les indications opératoires. Nous passerons ensuite à la technique de l'hémigastrectomie, aux résultats opératoires des cas que nous relatons et enfin aux indications comparées de cette méthode et des autres procédés de traitement de l'estomac biloculaire.

---

## CHAPITRE I

---

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

---

Les lésions que l'on trouve au cours des sténoses médiogastriques d'origine ulcéreuse sont des plus variables ; il semble utile de les décrire, car, ce sont elles qui, le plus souvent, dictent la conduite opératoire.

L'évolution lente de l'ulcère de la petite courbure aboutit à la production d'un rétrécissement définitif, qui donne à l'estomac une forme en bissac, d'où la définition de l'estomac biloculaire ; on trouve l'existence de deux poches, l'une cardiaque, l'autre pylorique, reliées entre elles par la zone sténosée.

*Rétrécissement médiogastrique.* — Le polymorphisme de la biloculation provient de la variabilité du siège, de la forme et du degré de la sténose.

D'après Mayo-Robson, Veyrassat, Tuffier, Roux-Berger, Pauchet, etc..., le rétrécissement siège le plus souvent dans la zone prépylorique ; nous ne constatons ce fait que

dans trois de nos observations (obs. I, IV, V) ; dans tous les autres cas, il se trouve au voisinage de la portion moyenne de l'estomac.

La forme est d'ordinaire canaliculée, avec rétraction partielle de la petite courbure (fig. 1) ; mais, il s'agit fréquemment d'un ulcus térébrant, et il ne reste de la sténose, après l'intervention, qu'une bande étroite de tissu sain provenant de la grande courbure, le reste correspondant aux organes corrodés par l'ulcus (obs. XI).

Chez une malade de M. Delore, il s'agit d'un rétrécissement de caractère singulier : les deux poches communiquent entre elles par un canal long et étroit sur le milieu duquel s'abouche directement le duodénum, et la poche pylorique constitue un simple diverticule appendu au néopylore (1).

L'anneau de bilocation est quelquefois à peine ébauché ; mais il est plus fréquent de trouver une striction serrée, admettant à peine, parfois, le passage d'un doigt (obs. I) ou d'un crayon (obs. V, XII). En général, le rétrécissement est moins prononcé que ne l'indiquait l'image radioscopique ; cela tient à l'existence d'un spasme surajouté.

*Poches gastriques.* — Elles peuvent affecter une disposition et des dimensions très différentes.

On peut avoir une forme en sablier ou au contraire deux poches juxtaposées et pendantes.

Quant à leurs dimensions respectives, elles dépendent évidemment du siège de la sténose, mais sont également fonction de l'étrécissement du rétrécissement qui provoque la distension de la poche cardiaque (obs. V) d'où il résulte

---

(1) Se rapporter à la thèse de Santy, Lyon 1914 (p. 42, fig. 2).

parfois une certaine fragilité des tuniques gastriques. Enfin une sténose pylorique surajoutée retentira sur la valeur de la poche inférieure (obs. VI, VII).

Un dernier facteur à invoquer, ce sont les lésions de périgastrite qui peuvent limiter la distension (obs. XIV).

La valeur respective des deux segments a une certaine importance pour le choix de l'intervention, mais celui-ci dépend également de la morphologie des lésions ulcéreuses qui peuvent parfois forcer la main de l'opérateur.

LÉSIONS ULCÉREUSES. — a) *Ulcères calleux*. Au niveau de la sténose, on peut observer la présence d'une cicatrice nacréée correspondant à un ulcus complètement cicatrisé, éventualité rencontrée par Pauchet trois fois sur dix-neuf cas de biloculations ; mais, dans les quatorze observations que nous relatons il s'agit d'un *ulcère en évolution*.

Nous notons une fois la présence, sur la petite courbure, d'un ulcus rétractile qui, malgré ses faibles dimensions, a provoqué la rétraction du pylore, et formé cette curieuse biloculation dont nous avons déjà parlé (obs. IX).

Dans deux cas (obs. I, II), il s'agit d'un ulcus calleux simple déterminant, au voisinage de la sténose, un fort épaississement inflammatoire des tuniques gastriques.

Chez la plupart des autres malades, nous relevons la présence d'un *ulcus pénétrant* soit au niveau du foie (obs. V), le plus souvent au niveau du pancréas (obs. III, IV, VII, XIII, XIV), soit simultanément dans la paroi abdominale et les deux organes précédents (obs. X et XI) ; dans ces deux derniers cas, il s'agit d'un ulcère en selle géant ne mesurant pas moins de cinq à six centimètres dans le sens transversal.

b) *Ulcères multiples*. — Weiss et Hamant (1), Dujarier et Abadie (2) ont attiré dernièrement l'attention sur la fréquence des ulcérations prépyloriques coexistant avec l'ulcère calleux de la petite courbure.

Dans l'estomac biloculaire, il n'est pas rare de constater la présence d'un ou de plusieurs ulcères indépendants de celui qui a provoqué la sténose. Parmi nos observations, nous relevons trois cas dans lesquels il existe un ulcus pylorique (obs. VII, XI) ou prépylorique (obs. VIII) surajouté.

Dans un autre (obs. VI), on observe une troisième lésion en évolution, sur le versant inférieur de la sténose. Enfin, chez une cinquième malade (obs. XII), on note la présence de deux ulcus de part et d'autre du rétrécissement.

Ces quelques exemples témoignent de la fréquence des lésions surajoutées, situées au niveau du segment inférieur, dont l'exérèse s'impose, si l'on ne veut pas s'exposer à des récidives ; nous aurons, d'ailleurs, l'occasion de revenir sur cette question.

c) *Sténose pylorique concomitante*. — Elle provoque la distension de la poche pylorique (obs. VI, VII, IX) dont le drainage est chose nécessaire.

Budinger (1899) a eu le premier l'idée de supprimer les deux rétrécissements par la gastropyloréctomie.

La sténose pylorique, décelée par l'examen radioscopique, peut ne correspondre à aucune lésion anatomique de cette région (obs. V) ; il s'agit, en pareil cas, de pyloros-

---

(1) WEISS et HAMANT : Société de Médecine de Nancy, 1920.

(2) DUJARIER ET ABADIE : Congrès de Chirurgie de Paris 1920.

pasmé (1) dû au voisinage de l'ulcus de la petite courbure.

d) *Périgastrite*. — L'estomac biloculaire est parfois mobile, extériorisable (obs. I, II, XII), mais il est plus fréquent de le trouver fixé aux organes voisins, soit par des brides vélamenteuses, soit, le plus souvent, par des adhérences solides, qui rendent le temps de l'exérèse particulièrement difficile. Ces dernières résultent de la pénétration de l'ulcus, à un degré plus ou moins avancé, au niveau des organes voisins.

Nous n'insisterons pas sur ces lésions qui découlent des quelques notions exposées à propos de l'ulcus pénétrant. Nous nous bornerons à signaler que les adhérences pancréatiques sont les plus fréquentes ; nous les trouvons rapportées dans dix de nos observations, soit isolées, soit associées aux adhérences hépatiques et pariétales.

Nous ne ferons que mentionner l'existence d'une fistule gastro-colique ou d'un abcès périgastrique autour de l'ulcus sténosant, éventualités rencontrées par Pauchet (1) ; signalons enfin l'occlusion aiguë de la zone médiogastrique par volvulus de la poche pylorique, conséquence de la périgastrite.

Quant aux *sténoses ulcéro-cancéreuses*, elles ne diffèrent en rien de celles produites par l'ulcère calleux ; l'ulcéro-cancer n'est le plus souvent diagnostiqué que par l'examen histologique.

En somme, pour employer l'expression de Veyrassat, il

---

(1) BOUCHUT : *Presse Médicale* 1920, p. 782.

n'y a pas d'estomac biloculaire type, mais des estomacs biloculaires ; il est bien évident que l'on ne peut instituer la même thérapeutique chirurgicale pour tous les cas ; mais, ces quelques notions d'anatomie-pathologique, basées sur les constatations opératoires des observations qui suivent, témoignent d'une chose, à savoir, que l'hémigastrectomie est susceptible de s'appliquer à des biloculations diverses par leur forme et la nature des lésions ulcéreuses.

---

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I

M. GOULLIoud. — *Estomac biloculaire, suite d'ulcus ancien de la petite courbure. — Petite poche pylorique. — Hémi-gastrectomie. — Bon résultat constaté quinze ans après.*

Mlle Elisa P..., cultivatrice, âgée de 20 ans, m'est adressée à l'hôpital Saint-Joseph, le 9 janvier 1907, avec le diagnostic d'ulcère de l'estomac.

Les troubles digestifs remontent à l'âge de 13 ans, insidieux au début, allant en s'aggravant depuis 3 ou 4 mois ; ils s'accompagnent en septembre 1906 d'hématémèses graves.

A son arrivée à l'hôpital, l'état général est assez bon ; l'amaigrissement pas très prononcé ; le ventre est en bateau, sans distension gastrique, sans clapotage appréciable ; point douloureux à l'épigastre, mais pas d'induration perceptible.

Après quelques jours de traitement à l'hôpital, la malade se met à manger de tout, sans fatigue appréciable, on s'abstient d'intervenir, en proposant une opération en cas de récurrence.

C'est quatre mois après, le 13 juin 1907, qu'elle nous revient, ayant eu, à nouveau, des hématémèses et des mélena ; elle souffre et vomit.

Le chimisme gastrique, d'après l'examen de M. Faysse, révèle de l'hyperacidité et de l'hyperchlorhydrie. Quelques globules rouges à l'examen microscopique.

*Intervention.* — Le 22 juin 1907, par M. Goullioud.

Anesthésie à l'éther.

A l'incision, on constate une cicatrice d'ulcère au niveau de la petite courbure fixée en arrière par quelques brides, et le

partage de l'estomac en deux poches, communiquant entre elles par un orifice qu'on estime du diamètre d'un doigt. La poche prépylorique est moins développée que la poche cardiaque.

On se décide à la résection de la poche prépylorique.

On pratique, en trois plans de suture au fil de lin, une gastro-entérostomie transmésocolique postérieure sur poche cardiaque, assez haut pour ne pas être gêné dans le temps de l'exérèse.

On procède ensuite à la résection de la poche comme dans le Billroth II : l'hémostase des vaisseaux de la grande et de petite courbure étant faite, on sectionne entre deux pinces de Doyen, la poche cardiaque, au-dessus du rétrécissement médiogastrique. Fermeture de la tranche stomacale qui arrive presque au contact de l'anastomose. On termine par la section et la suture du duodénum.

On pratique une jéjuno-jéjunostomie complémentaire au bouton, par crainte d'un *circulus vitiosus* (nous sommes en 1907, et ne savons pas encore la sécurité que nous donne à ce point de vue l'anse courte).

Petit drain dans la ligne de suture. Fermeture de la paroi en un plan au fil métallique.

*Anatomie pathologique* (fig. 1). — La pièce enlevée représente la poche prépylorique d'un estomac biloculaire, ayant dix centimètres de largeur sur six de hauteur. L'orifice de communication entre les deux poches à un centimètre de diamètre. A la petite courbure, on trouve un ulcère calleux doublé d'un fort épaississement de tissu inflammatoire.

*Suites opératoires.* — Dans la première journée, deux litres de sérum ; pouls à 100, température : 36°2.

Le lendemain, pouls rapide à 120. Température : 36°8 ; suites simples les jours suivants.

Par une lettre du 25 février 1914, l'opéré se félicite de son état : « J'ai très bon appétit et mange de tout ; les aliments les plus lourds sont digérés ».

Revue le 22 août 1919, donc douze ans après l'opération, le résultat s'est maintenu excellent. Cette malade digère très bien et ne suit aucun régime, se considérant comme parfaitement guérie.



FIGURE 1

La seule impression qu'elle éprouvait jadis était une sensation de gêne rétrosternale, durant quelques instants et n'interrompant pas son travail. Cette sensation a disparu.

Pendant la guerre, cette femme a fait le travail d'un homme de la campagne, labourant et bêchant.

En somme, on remarque un excellent fonctionnement des voies digestives se maintenant depuis douze ans.

17 janvier 1922. La malade revient se montrer à la consultation, et se trouve en parfait état de santé, on note l'absence complète de troubles digestifs.

#### OBSERVATION II

D<sup>r</sup> GOULLIoud. — *Estomac biloculaire par ulcère calleux. — Grande poche pylorique. — Hémi-gastrectomie. — Guérison constatée six ans après.*

Mme J. C..., cultivatrice, âgé de 47 ans, est envoyé d'urgence à l'hôpital Saint-Joseph, le 20 janvier 1914, pour crise gastrique aiguë avec phénomènes d'intolérance.

Cette malade, mère de trois enfants, difficile à interroger, fait remonter le début de son affection à quatre mois seulement ; à cette époque, elle aurait été prise de douleurs violentes au niveau de l'épigastre avec vomissements fréquents ; ces troubles ont disparu pour quelque temps grâce à un traitement immédiat, mais se sont renouvelés depuis le mois dernier avec une intensité particulière.

A l'entrée, la malade est affaiblie, amaigrie, alitée la plus grande partie de la journée.

A l'examen local, on trouve un abdomen légèrement ballonné, avec un gros estomac descendant jusqu'au pubis. Un cathétérisme révèle une grosse rétention gastrique.

Le chimisme gastrique indique de l'hyperchlorhydrie.

Acidité totale 3,28 ;

H Cl libre 1,27 ;

H Cl combiné 1,99. — Pas d'acide lactique.

*Examen radioscopique* (D<sup>r</sup> Arcelin). — Le 25 février : Le repas bismuthé dessine une poche sous le diaphragme. Au bout de quelques minutes le bismuth passe dans une deuxième

poche située dans la fosse iliaque. Le passage se fait par petits paquets. On a l'impression d'un estomac biloculaire.

*Opération le 6 février 1914*, par M. Goullioud. Injection de morphine. Rachistovaïnisation : 0,08 cgr. La malade souffre ; on l'anesthésie à l'éther.

On trouve un estomac à grande poche pylorique ; on se décide cependant à une hémigastrectomie.

La poche cardiaque est haute, qu'on ne peut faire une G. E. sur face postérieure ; on fait une transmésocolique antérieure au fil de lin.

On résèque ensuite la poche pylorique comme s'il s'agissait d'un néoplasme : après libération des courbures, on sectionne l'estomac entre deux pinces de Doyen, au-dessus de la sténose médiogastrique ; fermeture de la poche cardiaque à la suture en trois plans ; section et fermeture de la tranche duodénale.

On place un petit drain ; suture de la paroi en un plan au fil métallique.

*Pièce anatomique* (fig. 2). — Elle représente un petit estomac de douze centimètres environ dans le sens transversal.

Le pylore est normal. Au-dessus de la sténose existe une sorte de corolle constituée par la muqueuse normale éversée au-delà de l'ulcus sténosant.

*Suites opératoires.* — Le soir pouls à 98° ; température rectale 36°8. Suites simples les jours suivants ; l'alimentation est reprise progressivement sans incident.

24 février : La malade digère parfaitement et va régulièrement à la selle ; pas de clapotage ; espace de Traube sonore. On peut considérer le résultat immédiat comme parfait. La malade quitte l'hôpital le 28 février.

Revue le 10 novembre 1919, donc plus de cinq ans après l'intervention, cette femme reste parfaitement guérie. Elle mange de tout, et digère très bien, malgré une dentition déplorable. Elle n'a ni diarrhée, ni constipation.

Séparée de son mari, elle a continué à travailler seule à sa propriété, labourant, bêchant, faisant le travail d'un homme.

*Radioscopie postopératoire*, le 10 novembre 1919. — Le Dr Arcelin a bien voulu nous transmettre la note suivante :

La malade, examinée à jeun, on voit arriver le bismuth à la partie supérieure de l'abdomen ; en même temps la poche

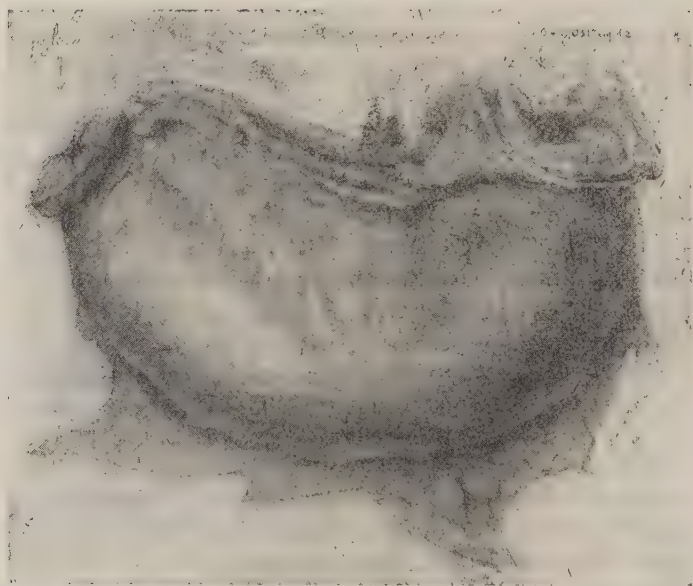


FIGURE 2

gazeuse apparaît et augmente avec la déglutition du liquide bismuthé.

Cette poche à air semble remplir le rôle d'un véritable entonnoir ; le bismuth, sans temps d'arrêt, tombe dans l'intestin, et remplit une anse nettement reconnaissable. Au fur et à mesure de l'arrivée du liquide opaque, on distingue de mieux en mieux l'intestin grêle qui paraît être d'un calibre supérieur à la normale.

20 mars 1922 : Nous apprenons que la malade est morte en 1920 à la suite d'une affection grippale.

### OBSERVATION III

D<sup>r</sup> GOULLIGUOD. — *Estomac biloculaire par ulcère médiogastrique. — Hémi-gastrectomie. — Guérison constatée pendant huit ans.*

M<sup>me</sup> J. T... a fait trois séjours successifs dans mon service à l'hôpital Saint-Joseph.

Elle vient une première fois le 11 mars 1910, à l'âge de 52 ans, pour troubles digestifs et hématomèses graves.

L'affection a débuté à l'âge de 38 ans, par des douleurs au niveau de l'épigastre, accompagnées de renvois acides ; puis, après une courte période de calme, surviennent brusquement des vomissements alimentaires et des hématomèses.

En 1908, les douleurs et les vomissements redoublent de fréquence ; la malade dont l'état général faiblit se fait alors traiter par le D<sup>r</sup> Bouveret.

Le 1<sup>er</sup> janvier 1910, nouvelles hématomèses qui se reproduisent par intervalles jusqu'à son entrée à l'hôpital.

A l'entrée, pâleur extrême des téguments, asthénie profonde de la malade. L'examen local est négatif. Les vomissements sont arrêtés par l'administration de lait glacé. L'examen du sang révèle de l'hypoglobulie : 3.534.000, et une diminution de la valeur globulaire : 0,346.

Devant la pâleur persistante de la malade, et la cessation des troubles digestifs, grâce au régime lacté, on lui conseille

de rester un mois à la campagne, à ce régime, et de revenir se faire opérer.

D'avril à novembre, elle passe de 42 à 54 kilogrammes sous l'influence du traitement médical suivi :

*2<sup>me</sup> séjour.* — Février 1914 : La malade est opérée d'urgence d'une hernie crurale étranglée.

Elle était, depuis quelque temps, sujette à la diarrhée, et souffrait à nouveau de l'estomac, éprouvant surtout une sensation de plénitude après les repas.

A l'examen, on se sent pas l'estomac, mais l'espace de Traube est particulièrement sonore. Il faut penser à une biloculation.

Radioscopie (D<sup>r</sup> Arcelin). — On trouve en effet un estomac biloculaire avec deux poches de même capacité sans image lacunaire.

*3<sup>e</sup> séjour.* — Le 27 avril 1914, la malade rentre, acceptant l'intervention. Elle est toujours pâle, et sujette à la diarrhée.

Un premier examen ne révèle rien à l'épigastre. Le 4 mai, il semble que l'on voit l'estomac se dessiner sous la forme d'un globe arrondi, large de quatre doigts, légèrement clapotant, à gauche de l'ombilic. Deux ou trois heures après les repas, sensation de gonflement douloureux, et vomissements glaireux.

*Opération, 7 mai 1914.* — Anesthésie à l'éther. On trouve un estomac biloculaire, fixé en arrière par un gros noyau fibreux. La poche prépylorique (fig. 3) est assez importante, ce qui pourrait être une contre-indication à son exérèse.

La cicatrice tient si fortement en arrière qu'aucune mobilisation de l'anneau de biloculation n'est possible ; d'autre part la poche cardiaque est cachée sous le rebord costal, et on pratique difficilement sur celle-ci une gastro-entérostomie antérieure transmésocolique à trois plans de suture.

On résèque ensuite la poche prépylorique en débutant par la section et la suture du duodénum. Quand on arrive au point cicatriciel fixé au pancréas, on ne le détache pas de la profondeur, et on sectionne à son niveau plutôt en dessous qu'au-dessus ; ce qui reste de l'induration se trouve enfoui par les surjets.

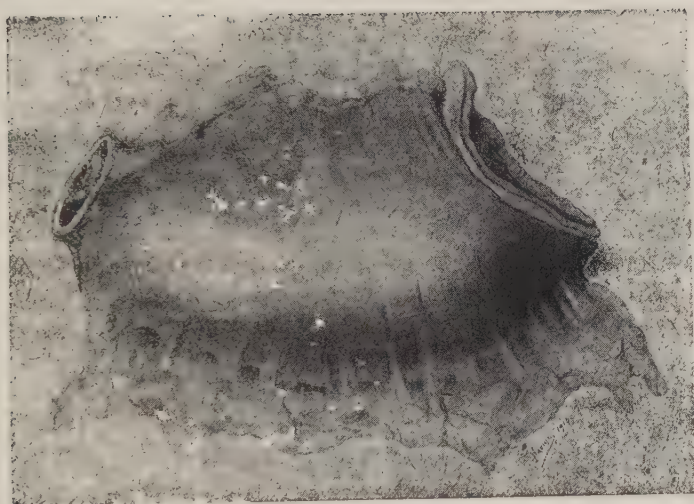


FIGURE 3

26 mai : Suites simples. La malade n'a pas vomi une seule fois.

Dans les jours qui suivent, un repas un peu copieux amène chez la malade une sensation de gêne légère à l'épigastre et à l'hypocondre gauche.

6 juillet 1914 : La malade vient se montrer à la consultation. Elle mange de tout avec un très bon appétit ; elle éprouve parfois un léger malaise passager après les repas abondants. La diarrhée que la malade avait avant son opération a totalement disparu. Elle a repris quatre kilogrammes.

La radioscopie pratiquée par le Dr Arcelin révèle un estomac à forme d'entonnoir que l'on voit se vider dans le grêle.

Revue le 22 août 1919, la malade est en excellente santé, « elle mange de tout, boit du vin, tout passe ». Si elle mange trop vite, malgré une très mauvaise dentition, elle éprouve un peu de gêne passagère.

Bonne cicatrice, sans port d'aucun bandage ; se considère à juste titre comme parfaitement guérie.

29 mars 1922 : Le médecin de la malade nous écrit que celle-ci jouit d'une santé florissante ; aucun trouble digestif, pas même de sensation de plénitude après les repas copieux. En somme, état on ne peut plus satisfaisant.

#### OBSERVATION IV

Dr GOULLIQUOD. — *Estomac biloculaire par ulcère. — Adhérences pancréatiques. — Petite poche pylorique. — Hémi-gastrectomie. — Guérison constatée pendant deux ans.*

Mme M..., 42 ans, entre dans le service le 29 décembre 1919, pour troubles digestifs.

Ces malaises datent d'une douzaine d'années ; la malade se plaignait alors de digestions pénibles, de douleurs intermittentes siégeant au creux épigastrique, et survenant, en général, deux heures après les repas.

La maladie évolue par crises successives séparées les unes des autres par quelques phases d'accalmie ; pas d'hématémèse ni de méléna.

Depuis le 20 octobre 1918, les crises redoublent de fréquence et d'intensité : les douleurs revêtent le caractère transfixant ; la malade vomit après chaque repas, et accuse un amaigrissement considérable.

*Examen.* — On se trouve en présence d'une femme amaigrie et déprimée. Les signes objectifs manquent de netteté. Une demi-heure après le petit déjeuner de la malade, on croit cependant voir l'estomac former un léger relief vertical, et descendre jusqu'à deux doigts au-dessus de l'ombilic ; pas de clapotage ; pas de douleur localisée à la pression.

*Radioscopie* le 7 janvier (D<sup>r</sup> Arcelin). — On voit se dessiner à un doigt au-dessous de l'ombilic, une encoche profonde sur la grande courbure ; il s'agit d'un estomac biloculaire. La poche inférieure, moins volumineuse que la poche cardiaque, descend jusqu'à l'épine iliaque.

Une heure après, il reste encore un peu de bismuth dans le segment supérieur ; à cinq heures du soir, celui-ci est entièrement vide ; il reste encore un peu de liquide opaque dans la poche pylorique.

Par suite du volume restreint de la poche inférieure, on pense à la possibilité de pratiquer une hémigastrectomie.

*Intervention*, 9 janvier 1920 (D<sup>r</sup> Goullioud). — Anesthésie de la paroi avec une solution de néocaïne à 1 0/0 ; injection de morphine de deux centigrammes.

A l'ouverture de l'abdomen, on reconnaît la biloculation prévue ; la poche prépylorique est du volume d'un orange, et complètement vide. Vers la petite courbure au niveau de la sténose on trouve une petite tache nacrée, avec coudure de l'estomac à ce niveau. Les poches sont mobiles ; seule la partie cicatricielle est adhérente au pancréas.

On pense que l'hémigastrectomie est, en pareil cas, l'opération idéale.

Après décollement coloépiploïque, et libération de quelques brides de périgastrite postérieure, on pratique sur la poche cardiaque une G.E.T.M.P. non iso-péristaltique.

Pour mener à bien le temps de l'exérèse, on donne à la malade quelques centimètres cubes de kélène et de billroth, car elle éprouve quelques douleurs.

Le duodénum est sectionné entre deux pinces de Kocher ; le

dégagement de la petite courbure est malaisé en raison des adhérences de sa partie moyenne avec le pancréas. Après un décollement partiel, on laisse le fond de l'ulcération adhérent au pancréas fortement sclérosé ; on le traite au thermocautère. La zone libérée est sectionnée entre deux pinces, au-dessus de la sténose, et on ferme les deux tranches de section, sans être gêné par la G. E.

On laisse deux drains dans la plaie. Suture de la paroi en un plan.

La malade n'a absorbé que 15 cm<sup>3</sup> de billroth.

*Anatomie pathologique.* — Le segment circulaire enlevé mesure dans sa plus grande circonférence 20 centimètres, et 6 dans sa plus petite. La sténose permet l'introduction de deux doigts. L'ulcère, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, siège à cheval sur la petite courbure et sur la face postérieure. L'induration sténosante est plus accentuée sur la face antérieure de la sténose.

*Suites opératoires.* — Il n'y a eu ni shock, ni complication pulmonaire. La malade sort du service le 31 janvier, entièrement guérie.

5 février 1922. — La malade nous écrit que depuis son intervention, elle n'a jamais éprouvé le moindre malaise. Elle a repris six kilogrammes, et se considère comme parfaitement bien portante.

#### OBSERVATION V ( inédite ).

D<sup>r</sup> OLIVIER. — *Estomac biloculaire par ulcère pénétrant dans le foie. — Petite poche pylorique. — Hémigastrectomie. — Guérison constatée pendant un an.*

Mme S..., 47 ans, est adressée à M. Olivier (Hôpital Saint-Joseph), par le D<sup>r</sup> Lyonnet, pour sténose pylorique probable.

Le passé gastrique de la malade remonte à une trentaine d'années : elle avait alors quelques renvois acides, après les repas, en même temps qu'une sensation de pesanteur au niveau de l'épigastre.

Peu à peu surviennent des douleurs tardives avec irradia-

tion scapulo-dorsale ; elles sont précédées de regurgitations acides, et, le plus souvent, calmées par un vomissement alimentaire se produisant deux ou trois heures après les repas. Pas d'hématémèse, ni de méléna.

Les crises douloureuses, d'abord très espacées les unes des autres, augmentent progressivement de fréquence, au point d'être subintrantes dans les quelques semaines qui précèdent l'entrée de la malade à l'hôpital.

A l'entrée, la malade est amaigrie et anémiée. A l'examen, on trouve un estomac qui descend jusqu'à deux doigts au-dessous de l'ombilic, avec un peu de clapotage ; on ne remarque pas d'ondes péristaltiques ni de tension à l'épigastre ; pas de point douloureux électif, pas d'induration perceptible.

*Examen radioscopique.* — On constate la présence d'un estomac biloculaire, avec deux poches assez distantes l'une de l'autre, sans image lacunaire. La poche inférieure descend à deux doigts au-dessus du pubis ; cinq heures après le premier examen persiste une ombre légère au niveau de la poche inférieure.

*Intervention* (Dr Olivier). — 15 juillet 1921 :

Anesthésie à l'éther.

On trouve un estomac biloculaire à grande poche supérieure. Il s'agit d'un ulcus perforant de la petite courbure dont le fond correspond à la face inférieure du foie.

Il existe en outre des adhérences pancréatiques assez solides. On pratique une gastro-entérostomie postérieure non iso-péristaltique sur la poche cardiaque, et on procède ensuite à l'exérèse de la poche inférieure. On laisse le fond de l'ulcus au niveau du foie, et on décolle les adhérences pancréatiques.

Fermeture des tranches cardiaque et duodénale ; drain et suture de la paroi en un plan.

*Anatomie pathologique.* — Il s'agit d'un ulcus pénétrant de la petite courbure avec sténose médiogastrique très serrée ; l'orifice de communication admet à peine le passage d'un crayon. La muqueuse, au delà de l'ulcus sténosant, est blanchâtre et œdématiée.

Il n'y a pas de sténose pylorique.

*Suites.* — Aussi simples que possible. La malade sort de l'hôpital parfaitement guérie.

10 janvier 1922 : L'opérée vient se montrer à la consultation ; elle a repris quatorze kilogrammes, et ne présente aucun trouble digestif. C'est en somme, suivant l'expression même de la malade, une véritable « résurrection ».

OBSERVATION VI (résumée).

DELORE et BARJON (in thèse Payot, 1913, obs. 63, et Thèse Santy, obs. 87). — *Estomac biloculaire par ulcères multiples. — Pylorogastrectomie (Kocher). — Guérison constatée depuis dix ans.*

Femme, 42 ans, entrée le 14 avril 1912. La malade vient pour troubles gastriques.

L'affection a débuté à 32 ans par des douleurs et des vomissements ; il y eut ensuite une période de calme. A 39 ans, les douleurs ont repris toute leur acuité. Elles revêtent le type tardif, siègent au creux épigastrique avec irradiation dorsale et sont calmées par des vomissements intermittents dont l'abondance rappelle les grands vomissements pyloriques. Pas d'hématémèse, quelques melœnas.

A l'examen : malade très amaigrie, avec mauvais état général, teint jaunâtre. Son haleine a une odeur caractéristique de beurre rance.

Localement, on sent une petite tumeur peu nette ; par contre, gros clapotage, ondulations péristaltiques manifestes ; pas de tension intermittente.

On fait le diagnostic de sténose pylorique avec rétention et distension de l'estomac. Vraisemblablement cancer du pylore.

*Examen radioscopique* (D<sup>r</sup> Barjon) (1). — Estomac biloculaire avec grande poche pylorique et vraisemblablement sténose pylorique surajoutée. On pense dès lors à l'existence d'ulcères multiples.

*Opération*, 17 avril 1912 (D<sup>r</sup> Delore). — On trouve comme

---

(1) BARJON : Arch. d'électr. méd. 1915, n° 549.

on l'avait prévu un estomac biloculaire avec sténose pylorique.

On fait la résection de la poche inférieure et du pylore. Suture à trois plans, au catgut fin, de la tranche cardiaque, puis abouchement duodéno-gastrique à la Kocher.

*Anatomie pathologique.* — Sur la pièce enlevée, on trouve trois ulcères dont deux en activité. Il y en avait un de chaque côté de la sténose médiogastrique et du pylore. L'ulcère situé sur le versant de la poche supérieure était ancien et cicatrisé ; les deux autres, par contre, étaient en pleine activité. La sténose pylorique était beaucoup plus serrée que la sténose médiogastrique et admettait à peine un petit porte-plume.

*Examen histologique* (M. le Professeur Paviot). — Aucune trace de lésions néoplasiques.

2 juin 1912 : La malade quitte l'hôpital guérie. Suites éloignées excellentes.

6 mai 1914. — L'opérée est en parfait état de santé et n'a plus présenté un seul trouble gastrique depuis sa sortie de l'hôpital.

4 mars 1922 : La malade est enchantée des résultats de l'intervention. Elle nous écrit qu'elle peut manger de tout sans éprouver le moindre malaise. Elle a repris vingt-sept kilogrammes depuis son opération, et se considère comme entièrement guérie.

#### OBSERVATION VII (résumée)

BARJON et DELORE. — (*Lyon Médical*, 22 décembre 1912, et Thèse Santy, obs. 88). — *Estomac biloculaire et diverticulaire.* — *Sténose pylorique associée.* — *Diagnostic radiologique.* — *Gastrectomie portant sur tout le segment inférieur* (Billroth II). — *Guérison constatée pendant dix ans.*

Femme, 42 ans, adressée au Dr Barjon, par le Dr Mouisset, pour examen radioscopique.

La malade souffrait depuis longtemps de l'estomac ; les crises douloureuses duraient en moyenne une quinzaine de jours, suivies en général de longues périodes de calme. Sa mère avait succombé à un cancer de l'estomac.

Depuis trois mois, les douleurs sont continues, sans grande acuité, survenant environ deux heures après les repas ; parfois quelques vomissements qui soulagent la malade. Jamais d'hématémèse, ni de méléna.

À l'entrée, amaigrissement, mauvais état général. À l'examen, on note un peu de clapotage, et on constate à gauche de la ligne médiane, et un peu au-dessus de l'ombilic, un petit noyau induré du volume d'une noisette, douloureux au palper. Pas d'ondes péristaltiques.

*Examen radioscopique* (D<sup>r</sup> Barjon). — Déformation gastrique avec aspect biloculaire et diverticulaire ; dilatation du grand cul-de-sac inférieur, avec rétention ; sténose incomplète probable du pylore. Il est infiniment probable qu'il s'agit d'ulcus multiples avec sténose médiogastrique et pylorique.

*Opération, 23 novembre 1912* (D<sup>r</sup> Delore). — On trouve un ulcus calleux de la petite courbure adhérent au pancréas, cause de la biloculation. On fait la résection de tout l'estomac inférieur, section au-dessus de l'ulcère calleux, et au-dessous du pylore. Suture à trois plans des tranches cardiaque et duodénale. G. E. T. sur face postérieure de l'estomac.

*Anatomie pathologique.* — On trouve un ulcère calleux perforant avec une cavité de la grosseur d'une noisette, et une énorme induration des parois. Là était le siège de la sténose médiogastrique.

Au voisinage du pylore existait la cicatrice indurée d'un ulcus guéri. Le pylore était assez serré pour ne laisser passer qu'avec peine le petit doigt.

*Examen histologique.* — Pas de dégénérescence cancéreuse.

Suites opératoires. — Aussi simples que possible. Alimentation précoce.

Suites éloignées (6 mai 1914). — La malade a engraisé de quelques kilogrammes ; elle se trouve en bonne santé, et n'a plus eu ni douleurs, ni vomissements.

25 mars 1922 : La malade nous écrit qu'elle jouit, depuis son opération, d'un état de santé que l'on peut qualifier de « florissant ». Elle ne suit aucun régime, et n'a jamais plus éprouvé de troubles digestifs.

### OBSERVATION VIII

DELORE et P. COURMONT (Thèse de Payot, obs. 70, et Thèse de Santy, obs. 89). — *Estomac biloculaire par ulcère. — Résection de la poche inférieure (Billroth II). — Guérison maintenue depuis dix ans.*

Femme, 29 ans ; bonne santé habituelle. La malade souffre après ses repas depuis 1904 ; ces douleurs s'accompagnent de vomissements, parfois sanglants. Il y a quatre ans, elle fut radioscopée par M. Destot, qui lui trouve un estomac biloculaire.

Elle entre, le 19 novembre 1912, dans le service de M. Courmont, à l'hôpital de la Croix-Rousse ; après examen elle passe dans le service du Dr Delore, qui décide d'intervenir.

Opération, 28 décembre 1912. — On trouve un estomac biloculaire à grande poche inférieure ; des adhérences lâches unissent cet estomac au pancréas ; ces adhérences sont facilement libérées. Il existe un ulcus chronique de la petite courbure, et une zone cicatricielle au voisinage du pylore. On résèque la poche inférieure par le procédé de billroth II.

30 décembre : La malade a 40° de température.

4 janvier 1913 : On trouve un souffle à la base.

13 janvier : L'opérée retourne dans le service du Dr Courmont.

23 mars : Elle part du service entièrement guérie.

10 mars 1922. — Malgré l'absence de tout régime, la malade n'a jamais éprouvé le moindre trouble digestif depuis son intervention.

### OBSERVATION IX (résumée).

DELORE et SANTY (*Lyon Chirurgical*, mars 1914, et Thèse de Santy, obs. 90). — *Ulcère de l'estomac avec phénomènes intermittents de sténose pylorique incomplète et hématomés.* — *Pseudo-biloculation gastrique par diverticule pylo-*

*rique au niveau d'un ulcère en évolution. — Résection de la poche inférieure. — Guérison constatée pendant neuf ans.*

Mme J... Marie-Louise, 44 ans, entre le 5 août 1913 dans le service du Dr Delore, pour troubles gastriques.

Son passé digestif remonte à l'âge de 14 ans : la malade éprouve pendant 6 ans quelques douleurs immédiatement après les repas, et à intervalles irréguliers.

Vers l'âge de 30 ans, les douleurs sont plus tardives (4 à 5 heures après l'ingestion) et s'irradient dans le dos ; on note à cette époque quelques regurgitations œsophagiennes très acides et des vomissements alimentaires qui soulagent la malade.

Depuis 11 ans, sont survenues cinq hématomèses ; la dernière remonte à deux mois seulement et a plongé la malade dans un état d'anémie aiguë avec syncopes fréquentes. En outre, la malade signale que depuis plusieurs années, jusqu'à ces derniers jours, elle est réveillée presque toutes les nuits vers minuit par des brûlures gastriques intenses, à irradiations dorsales.

A l'entrée, il s'agit d'une malade très anémiée, amaigrie. On trouve à l'examen un estomac dilaté avec clapotage et péristaltisme intense.

8 août 1913 : Intervention (Dr Delore). — On trouve dès l'incision de la paroi un estomac très déformé. Il s'agit d'une biloculation particulière : la poche inférieure est en réalité un diverticule énorme situé au-dessous du point d'abouchement du duodénum.

On pratique une pylorectomie atypique qui résèque toute la poche diverticulaire, le canal rétréci, siège de l'ulcère et de l'implantation du duodénum, et enfin l'origine même du duodénum. Ce dernier est mobilisé au niveau de toute sa première portion, et après suture de la brèche gastrique, on l'abouche dans l'estomac au niveau de sa face antérieure pour éviter la tranche de section.

*Suites opératoires simples.* — La malade quitte le service le 5 septembre, mangeant de tout sans troubles digestifs.

18 octobre 1913 : La malade a engraisé de 3 kilogs et se trouve en parfait état de santé. La radioscopie post-opéra-

toire montre une évacuation très rapide de l'estomac dans le jéjunum.

20 juin 1914 : La malade est bien portante ; elle travaille comme domestique, sans fatigue appréciable.

Examen de la pièce opératoire. — Elle est constituée par un diverticule appendu à un néopylore, dont le volume correspondait à peu près au restant de l'estomac. Le pylore normal a disparu ; le duodénum s'implante directement sur la petite courbure au sein d'un tissu inflammatoire, traduisant un processus ulcéreux en évolution. La sténose médiogastrique a l'aspect cicatriciel. Toute la petite courbure adhère au péritoine pariétal postérieur.

8 mars 1922. — Depuis son intervention, la malade se porte à merveille, ne suivant aucun régime et n'ayant jamais éprouvé de troubles digestifs, en dépit d'une dentition déplorable (il ne reste plus aucune molaire, et il n'y a pas d'appareil dentaire). Elle travaille sans fatigue à son emploi de domestique.

#### OBSERVATION X (résumée).

DELORE (in thèse Santy, obs. 91). — *Estomac biloculaire par énorme ulcère en selle pénétrant la paroi abdominale et le pancréas. — Résection gastro-pylorique. — Mort le dixième jour d'une fistule gastrique.*

Femme, 44 ans, souffre de l'estomac depuis l'âge de 15 ans. Elle présente, durant de longues années, du pyrosis post-prandial accompagné de régurgitations acides, et, par périodes, de vomissements.

Depuis un an, aggravation notable des troubles gastriques, et apparition, en septembre 1913, d'une hématomatose rutilante très abondante, suivie pendant plusieurs jours de selles mélœniques.

Les douleurs redoublant d'acuité, la malade ne s'alimente presque plus ; nouveaux vomissements hématisés quinze jours avant son entrée dans le service.

A l'entrée, amaigrissement considérable, aspect squelettique.

Le palper abdominal révèle l'existence d'une grosse tumeur épigastrique à gauche de la ligne médiane, tumeur douloureuse et adhérente à la paroi.

En raison de la faiblesse de la malade on ne fait pas de radioscopie.

*Opération, 6 avril 1914 (Dr Delore).* — La face antérieure de l'estomac est entièrement adhérente à la paroi. Dans les tentatives de décollement, on pénètre largement dans l'estomac que l'on vide par aspiration, et qu'on libère après section du grand droit gauche et résection du fragment de paroi constituant le fond de l'ulcus.

L'estomac est, en outre, intimement adhérent au pancréas épaissi et infiltré ; on laisse également le fond de l'ulcère au niveau de la glande exulcérée sur l'étendue d'une paume de main.

On sectionne l'estomac le plus haut possible vers le cardia, et à deux doigts du pylore sur le duodénum. On ferme les deux tranches de section à trois plans et l'on pratique péniblement une G. E. au bouton sur la poche cardiaque haut située.

Petite mèche sur la zone cruentée du pancréas.

Suites simples les premiers jours.

12 avril : Constitution d'une fistule gastrique.

15 avril : Mort rapide après un délire intense.

16 avril : Vérification, on ne trouve pas de péritonite généralisée. La zone pancréatique est entièrement cicatrisée. Mais, au niveau de la gastro-entérostomie, on trouve un abcès enkysté du volume d'une mandarine, origine de la fistule cutanée, et qui correspond à une déhiscence partielle de l'anastomose, laissant apercevoir le bouton encore en place, sur un centimètre et demi.

La mort est due à la fistule gastrique qui en est résultée. Il semble que la déhiscence de l'anastomose soit imputable à la traction que devait exercer l'anse, à cause de la situation très haute du petit estomac.

Examen histologique. — Aucune trace de malignité.

#### OBSERVATION XI (résumée).

DELORE (in thèse Santy, obs. 92). — *Estomac biloculaire par*

*ulcère en selle géant. — Gastrectomie subtotal. — Mort de phénomènes pulmonaires le sixième jour.*

Femme de 41 ans, entre pour des troubles digestifs, dont le début remonte à un an environ.

Elle avait à l'époque, en même temps que de la sialorrhée et des régurgitations acides, des vomissements survenant quatre ou cinq heures après les repas, et soulageant la malade.

Depuis janvier 1914, les troubles se sont accentués, et provoquent un amaigrissement de vingt kilogrammes en trois mois.

A l'entrée, état squelettique de la malade. A l'examen, pas de tumeur nette, mais sensation de résistance douloureuse au niveau de l'hypocondre gauche.

*Radioscopie, 22 avril 1914 (Dr Japiot).* — On trouve deux poches gastriques séparées l'une de l'autre par un intervalle de seize centimètres environ, par où passe un mince filet de liquide bismuthé. L'estomac est adhérent.

La radiographie montre en outre, au niveau de l'espace intermédiaire, une tache sombre qui doit correspondre à une niche d'ulcus pénétrant.

*Opération, 23 avril 1914 (Dr Delore).* — L'estomac adhère intimement à la paroi abdominale. Dès les premières tentatives de libération, celui-ci est largement ouvert. On se donne du jour en sectionnant le grand droit gauche et l'on poursuit la libération de l'ulcère, large de quatre travers de doigt. La poche cardiaque ne devient visible que lorsque l'ulcus est séparé de la paroi qui forme son fond. On poursuit la libération du côté du foie et du pancréas.

Pour dégager plus aisément l'estomac des adhérences pancréatiques, on sectionne la poche pylorique entre deux clamps ; on peut ainsi récliner l'estomac vers la gauche et décoller l'ulcère qui est également pénétrant à ce niveau. Libération et section de la poche cardiaque sur laquelle on établit une gastro-entérostomie à la suture. On termine en réséquant ce qui reste de la poche pylorique.

On laisse une petite mèche sur le pancréas.

*Suites opératoires.* — La malade est très choquée par cette longue intervention.

25 avril 1914 : Ablation de la mèche ; alimentation de la malade.

29 avril : Depuis deux jours existent des signes d'hépatisation de la base droite. Malgré un début d'amélioration, sa famille emmène la malade qui meurt dans le trajet.

*Anatomie pathologique.* — Enorme ulcère en selle, large de 6 centimètres, siégeant sur les deux faces de l'estomac et paraissant couper ce dernier en deux tronçons.

L'examen histologique ne révèle aucune cellule néoplasique.

## OBSERVATION XII

DELORE (résumée in thèse Fellmann 1920, obs. 31). — *Estomac biloculaire par ulcères calleux ; grande poche pylorique. Intervention en deux temps ; Billroth II. — Guérison constatée pendant trois ans.*

Mme X..., 44 ans, entre dans le service le 19 décembre 1918. Elle a vu, en juin 1918, le Dr Bouveret qui a posé le diagnostic de sténose pylorique avec clapotage et tension épigastrique.

A l'entrée, on se trouve en présence d'une femme très amaigrie et cachectique. L'examen révèle l'existence au niveau du pylore d'une petite masse mobile et indurée. On pense à un ulcère.

*Première intervention.* — On tombe sur un estomac distendu, épaissi. Il existe en effet un gros ulcère calleux sur la petite courbure et la région juxta-pylorique. La masse ulcéreuse possède une telle mobilité qu'il est possible de l'extérioriser.

Dans ces conditions, un deuxième temps opératoire est indiqué. On fait, ce jour-là, une gastro-entérostomie au bouton moyen.

*Deuxième temps, 16 janvier 1919 :* Il s'agit d'un ulcère de la petite courbure au niveau de sa partie moyenne, ayant provoqué une biloculation assez serrée. On fait la résection de la poche inférieure et de l'ulcère cause de la biloculation.

L'opération est très correcte ; on ferme les tranches gastrique et duodénale au catgut par trois plans de suture.

*Pièce anatomique.* — Malgré la dilatation de la poche infé-

rieure, on ne constate pas de sténose pylorique. Au niveau de la petite courbure, on note la présence de deux ulcères ; l'inférieur cicatrisé, le supérieur encore en évolution.

La malade sort de l'hôpital, le 13 février 1919, entièrement guérie.

4 mars 1922 : La malade nous écrit que, depuis son intervention, elle n'a pas éprouvé le moindre trouble digestif. Elle a pris sept kilogrammes et se trouve enchantée de son état de santé. Elle peut travailler à la couture dix heures par jour sans grande fatigue.

### OBSERVATION XIII

DELORE (résumée in thèse Fellmann, obs. 32). — *Estomac biloculaire par ulcus volumineux pénétrant dans le pancréas.* — *Intervention en deux temps.* — Billroth II. — Guérison.

Mme Y..., 55 ans, entre dans le service le 9 janvier 1919, pour troubles digestifs.

La malade éprouve depuis plusieurs années d'assez vives douleurs au niveau du creux épigastrique, survenant en général deux ou trois heures après les repas, et calmées le plus souvent par l'ingestion d'aliments.

Elle n'a jamais eu de vomissement, ni d'hématémèse, mais accuse un amaigrissement notable.

A l'examen, on constate la présence d'une petite tumeur siégeant au creux épigastrique et mobile avec les mouvements respiratoires.

*Première intervention, 14 janvier 1919 :* Laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve un énorme ulcère de la petite courbure adhérent au pancréas que l'on pourrait enlever si ce n'était le mauvais état général de la malade.

Il existe, en outre, une biloculation avec poche pylorique plus grande que la poche cardiaque.

Pour permettre l'exérèse, on tente une G. E. T. P. sur poche cardiaque.

*Deuxième temps, 30 janvier 1919 :* On éprouve de grosses difficultés dans l'exérèse de l'ulcère qui est de la largeur d'une

pièce de cinq francs, et qui adhère intimement au pancréas et à l'épiploon. Après avoir largement ouvert l'estomac et taillé dans le pancréas, on arrive à dégager celui-là. Pendant l'opération se produit une hémorragie persistant un quart d'heure.

Pour terminer l'intervention, il est nécessaire d'enlever la poche inférieure, et l'orifice de gastro-entérostomie. On termine par un billroth II ; G. E. par suture en deux plans, et fermeture des tranches gastrique et duodénale au catgut en trois plans de suture.

*Suites opératoires.* — Elles sont compliquées par une congestion de la base droite. Mais la malade guérit rapidement, et sort du service en bonne santé.

Toutes les démarches que nous avons faites pour retrouver la malade, sont restées infructueuses.

#### OBSERVATION XIV ( inédite )

D<sup>r</sup> DELORE. — *Estomac biloculaire par ulcère médiogastrique étendu à la région prépylorique. — Périgastrite diffuse. — Gastrectomie sous-séreuse (Billroth II). — Guérison.*

Mme G..., 33 ans, entre le 21 juillet 1921, dans le service du D<sup>r</sup> Delore, pour troubles gastriques.

Son passé digestif remonte à l'âge de 19 ans : à cette époque la malade éprouve des douleurs intermittentes, siégeant au creux épigastrique, survenant soit immédiatement, soit deux ou trois heures après les repas. L'année suivante, les vomissements apparaissent. Ils se produisent soit immédiatement après ingestion, sans nausées, sous forme de simples régurgitations, soit plus tardivement, et ils mettent fin aux crises douloureuses.

La maladie évolue, depuis treize ans, par poussées successives, entrecoupées de périodes de rémission de deux à trois mois ; elle comporte trois hématomèses abondantes, survenues en 1910, 1916 et 1920, cette dernière après une accalmie relativement longue.

La malade accuse un amaigrissement de dix kilogs, depuis

le début de ses troubles digestifs et de neuf kilogs depuis l'an dernier.

Un *examen radiologique* pratiqué par le Dr Barjon avant l'entrée de la malade dans le service comporte les notes suivantes :

« Estomac déformé, biloculaire, avec deux poches inégales : l'inférieure, plus grande, communique avec la supérieure par un trajet complexe. Légère rétraction de la poche inférieure. Pyloré peut-être un peu sténosé. »

Il s'agit vraisemblablement d'une déformation biloculaire par cicatrisation d'ulcus successifs.

L'état actuel de bien-être semble indiquer qu'il n'y a pas de nouvel ulcus en évolution ; mais la déformation gastrique entraîne une gêne fonctionnelle considérable qu'il paraît utile de faire disparaître par gastrectomie partielle.

A l'examen, on ne trouve aucun signe objectif. Asthénie accentuée, amaigrissement.

Un deuxième examen radioscopique pratiqué le 20 juin 1921 par le Dr Barjon, confirme le précédent ; il existe cinq heures après l'ingestion de bouillie bismuthée, une légère rétention dans la poche pylorique.

*Intervention le 27 juin 1921 (Dr Delore).* — Il s'agit d'un estomac complètement enfoui sous des adhérences ; tout est fixé : colon transverse, épiploon, foie, pancréas, et même angle duodénal. On peut heureusement cliver ces adhérences avec la main et ce n'est qu'à la fin que l'on trouve une ébauche d'arrière cavité dans la partie gauche.

Pour décoller et réséquer l'estomac, il faut faire une véritable gastrectomie sous-séreuse ; on note une certaine hémorragie au moment de la section des épiploons. C'est malgré tout une opération correcte consistant dans l'ablation complète de toute la poche inférieure.

L'ulcère qui adhérerait au pancréas descend jusqu'au pylore. On ferme les tranches gastrique et duodénale au catgut en trois plans, et l'on fait une G. E. T. P. au bouton moyen ; c'est le temps le plus difficile, car le moignon gastrique est difficilement mobilisable en raison des adhérences, et, d'autre part, on est obligé de saisir l'angle duodéno-jéjunal à tra-

vers le mésocolon, de haut en bas, car on ne peut pas passer au-dessous du colon transverse.

On péritonise l'arrière-cavité des épiploons avec ce que l'on trouve ; on place un petit drain.

L'opération a duré une heure un quart.

*Suites.* — Elles sont très simples ; pendant quelques jours l'évacuation est un peu troublée. L'alimentation normale a pu être reprise.

La malade sort le 18 juillet en parfait état de santé.

4 mars 1922 : La malade ne souffre pas de l'estomac ; elle ne suit aucun régime et se porte bien.

---

## CHAPITRE II

---

# TECHNIQUE DE L'HÉMIGASTRECTOMIE

---

L'hémigastrectomie est, en somme, une pylorectomie large, étendue à tout le segment inférieur de la biloculation, jusqu'au delà de l'ulcus sténosant.

Nous ne croyons pas devoir insister sur la technique d'une intervention qui ne fait qu'appliquer à l'estomac en sablier la méthode couramment employée dans le traitement du cancer du pylore ou de l'antrum pylorique.

Les seuls points sur lesquels nous nous attarderons sont les suivants : libération des adhérences, qui sont le propre de l'ulcère ; rétablissement de la continuité gastrique ; intervention en deux temps. Cette dernière question est d'un ordre particulier ; nous en ferons l'objet d'un chapitre spécial.

### *1° Libération des adhérences*

Les adhérences dont la libération est particulièrement malaisée sont celles qui résultent de la pénétration intime de l'ulcus dans les organes voisins, éventualité fréquente que nous constatons dix fois sur quatorze cas rapportés .

a) *Adhérences pariétales.* — On résèque, si possible, le fragment de paroi qui oblitère l'orifice de pénétration de l'ulcère (Santy) ; mais, souvent, les premières tentatives de décollement conduisent à l'ouverture prématurée de la cavité gastrique (obs. X et XI) qui doit être vidée immédiatement par aspiration. En général, la symphyse pariétale est rarement isolée ; elle coexiste avec les suivantes dont la libération nécessite l'ouverture de l'estomac.

b) *Adhérences hépatiques et pancréatiques.* — Leur décollement se fait au ras des tuniques gastriques et par l'abandon pur et simple du fond de l'ulcère au niveau du viscère où il est creusé. Il suffit de cautériser la surface de l'ulcus, sans chercher à cureter, si l'on ne veut pas s'exposer à l'hémorragie ou à l'infection (Pauchet).

L'abord de la zone d'union pancréatico-gastrique est facilité par la section préventive du duodénum qui permet le rabattement vers la gauche et la libération des adhérences postérieures. Dans un cas complexe (obs. XI), cette manœuvre était difficilement praticable du fait de lésions adhérentes de la zone pylorique ; il existait, d'autre part, un vaste ulcus térébrant de la petite courbure, remontant assez haut vers le cardia, et interdisant, de ce fait, la section préventive de la poche supérieure ; M. Delore a procédé comme pour une résection médiogastrique par la section première de la partie moyenne de la poche pylorique, et cette manière de faire a, de l'avis de Santy, simplifié heureusement le temps de l'exercice, car, il a été facile de récliner vers la gauche et la droite chacun des segments correspondants pour libérer ainsi les deux sténoses adhérentes.

## 2° Rétablissement de la continuité gastro-intestinale.

P. Duval (1) se montre très partisan du procédé de PÉAN (alias Billroth I), qui, à son avis, ménage plus que les autres la physiologie normale de l'estomac ; et de fait, l'examen radioscopique de deux de ses opérés aurait, suivant les conclusions de Bécclère, trompé tout radiologue non averti, tant était parfait le fonctionnement du néopylore.

Chiloliau (2) publie également un cas où il a terminé une hémigastrectomie par un Péan.

Dans ces trois cas, ce mode de continuité a été employé pour des exérèses assez larges, après mobilisation de l'angle duodénal et du pancréas ; mais, il est évident que cette gastro-duodénostomie bout à bout, omme, du reste, l'anastomose termino-latérale du procédé de KOCHER, sont inapplicables dans les gastrectomies très étendues.

Quoiqu'il en soit, de l'examen des observations que nous rapportons, il ressort que LE BILLROTH II a été à peu près le seul procédé employé ; deux fois seulement M. Delore a eu recours à la méthode de Kocher (obs. VI et IX).

Parmi les douze cas où le Billroth II a été pratiqué, quelques-uns comportent une exérèse considérable, portant sur les deux tiers de l'estomac (obs. X, XI, XIV) ; d'autres, au contraire, une exérèse peu étendue concernant une poche pylorique manifestement petite (obs. I, IV, V). Dans l'exécution de ce mode de continuité, M. Goullioud et M. Oli-

---

(1) DUVAL : *Bull. et Mém. Soc. Chir. de Paris*, 1920, 20 octobre, p. 1158.

(2) CHIFOLIAU : *Bull. et Mém. Soc. Chir. de Paris*, 1920, 24 nov., p. 1350.

vier (obs. V) sont restés fidèles à la pratique de l'*anastomose première*, c'est-à-dire faite avant la résection.

M. Goullioud voit, dans ce procédé une facilité et une sécurité opératoires : la continuité du tractus digestif est solidement établie avant l'exérèse et permet à la poche cardiaque de vider son contenu dans le Jéjunum ; enfin, de cette manière, le temps de l'intervention qui se passe dans la grande cavité péritonéale se fait avec des mains et des instruments qui n'ont pas eu de contact prolongé avec le contenu gastrique.

L'anastomose doit être faite assez haut sur la poche cardiaque, pour ne pas être gêné dans le temps de l'exérèse ; d'autre part, il peut survenir une circonstance imprévue qui oblige à modifier cet ordre dans le plan opératoire.

Une deuxième particularité à signaler dans la technique employée par M. Goullioud, c'est la gastro-entérostomie *non-iso-péristaltique* (1) (obs. IV) ; ce procédé d'anastomose, adopté depuis plusieurs années par Mayo (2) et Roux de Lausanne, ne comporte pas la dextrotorsion de l'anse jéjunale, laquelle, conservant sa direction normale à gauche, ne risque pas l'angulation qui peut survenir avec la méthode du retournement. En tous cas, notre maître a toujours constaté un excellent fonctionnement de cette anastomose.

Le Billroth II est d'une application malaisée aux poches cardiaques exiguës et haut situées ; M. Delore s'est servi chez deux malades du bouton anastomotique (obs. X, XIV)

---

(1) GOULLIOUD : De la gastro-entérostomie non iso-péristaltique, *Lyon Chirurgical*, mai-juin 1921.

(2) W. MAYO : The technique of gastro-jejunostomy, *Annals of surgery*, 1906.

à l'emploi duquel serait dû le décès survenu chez la première malade ; M. Goullioud a fait deux anastomoses transinésocoliques antérieures à la suture (obs. II, III) qui ont parfaitement fonctionné.

Dans ces cas difficiles, P. Duval conseillera la gastro-antérieure de Mayo, sur la valeur de laquelle Alamartine (1) a récemment attiré l'attention.

Ces circonstances particulières ont amené depuis quelque temps M. Delore à se servir de l'implantation directe de la tranche gastrique dans le Jéjunum, suivant le mode de *Reichel-Polya*, procédé plus facile, et plus économique, en cette occurrence, que le billroth II.

A l'heure actuelle, le Polya tend à être de plus en plus employé ; Pauchet s'en sert couramment et se montre très satisfait de son mode de fonctionnement.

L'avenir dira si l'on doit le préférer systématiquement au Billroth II.

### *Intervention en deux temps*

La gastrectomie en deux temps, préconisée et largement employée par Jaboulay et M. Tixier, est, à l'heure actuelle, d'un usage courant dans le traitement de l'ulcus ou du cancer sténosant du pylore. Grâce à cette méthode, le shock opératoire n'est pas à redouter, et, la mortalité se trouve réduite, pour M. Tixier (2), de 22 à 9 0/0, et pour M. Delore (3), de 21 à 7,5 0/0.

---

(1) ALAMARTINE : *Lyon Chirurgical*, 20 janvier 1921.

(2) BRESSOT : Thèse Lyon 1909. Six ans de chirurgie gastrique (Service de M. Tixier).

(3) FELLMANN : Thèse Lyon 1920

L'ulcus sténosant de la petite courbure est susceptible de provoquer, au même titre que la sténose pylorique, une dénutrition profonde chez le malade, dont l'état cachectique serait une contre-indication à l'exérèse d'emblée ; il importe donc de relever l'état général par une intervention palliative exécutée comme premier temps de l'hémigastrectomie, et sous anesthésie locale.

a) La *gastro-entérostomie* sur poche cardiaque est la méthode de choix.

M. Delore l'a pratiquée, suivie, à quinze jours d'intervalle, du temps de l'exérèse, chez deux malades inanitiées qui n'auraient vraisemblablement pas fait les frais d'une résection d'emblée ; chez la première (obs. XII) la biloculation était extériorisable ; chez l'autre (obs. XIII) il s'agissait d'un vaste ulcus térébrant au niveau du pancréas ; chez celle-ci, les suites opératoires ont été troublées par une congestion pulmonaire sans gravité particulière.

M. Goullioud a voulu appliquer cette méthode à deux estomacs en sablier ; le premier malade a fait, trois jours après le premier temps, et malgré une anesthésie locale, une crise d'œdème aigu du poumon qui nécessita une saignée d'urgence, et qui, du reste, céda rapidement au traitement. Du fait de cette complication, M. Goullioud a renvoyé le second temps à une date ultérieure, se réservant même de ne la faire que si l'anastomose ne donnait pas un résultat suffisant.

Le deuxième opéré a éprouvé un tel soulagement après la gastro-entérostomie, qu'il s'est déclaré guéri, et a refusé le temps de l'exérèse. A l'heure actuelle, c'est-à-dire trois ans, et deux ans après cette intervention, ces deux malades sont bien portants.

Inconvénients. — Ce sont d'abord ceux de l'intervention itérative : difficulté de faire admettre au malade la nécessité de l'exérèse ; découverte, au deuxième temps, de brides péritonitiques gênantes pour l'abord de la cavité abdominale, surtout si la résection est un peu éloignée du premier temps ; et enfin risques d'éventration, minimes, il est vrai, évités par l'incision haute et courte (Delore)..

Mais, l'inconvénient particulier à cette méthode, tient à ce que l'anastomose n'est pas toujours praticable ; la biloculation est parfois intimement adhérente avec la paroi abdominale (obs. X et XI), et toute tentative de décollement conduit à l'ouverture de la cavité gastrique, d'où la nécessité de l'exérèse d'emblée (Santy).

b) *La Jéjunostomie*. — C'est précisément en présence de semblables lésions que l'on peut avoir recours à cette intervention.

Nous n'avons pas trouvé d'exemple où cette méthode ait été employée comme premier temps de l'exérèse. Par contre, Santy rapporte deux observations empruntées à Finsterer dans lesquelles la Jéjunostomie, utilisée dans un but curatif, avait procuré au malade une amélioration manifeste ; mais la reprise de l'alimentation par la bouche a provoqué la réapparition des phénomènes douloureux, éventualité qui ne se serait vraisemblablement pas produite, si l'on avait profité de la période de bien-être pour pratiquer le deuxième temps.

c) *La gastrostomie prépylorique*, méthode nouvelle préconisée et employée dernièrement par Santy (1) dans un

---

(1) SANTY : La gastrostomie temporaire dans les ulcères du corps de l'estomac. Société de Chirurgie de Lyon, 25 juin 1921.

cas de biloculation adhérente à tous les organes voisins, est en somme une application particulière de la gastrotomie ordinaire.

Cette intervention est pratiquée sur la poche prépylorique, en ayant soin de pousser la sonde vers la lumière duodénale. -

Plus facile, de l'avis de Santy, que la pyloŕostomie préconisée autrefois par Leriche et Delon, et meilleure que la Jéjunostomie, cette méthode a donné à l'auteur un résultat excellent ; au bout de cinq mois, la malade, âgée de soixante-treize ans, était complètement transformée ; à la deuxième intervention, la biloculation se trouvait entièrement mobile, et, si ce n'avait été l'âge avancé de la malade, l'exérèse aurait été pratiquée.

Il va de soi que cette intervention n'est possible que si la zone juxtapylorique est exempte de lésions ulcéreuses.

Avec ces deux dernières méthodes, il semble prudent d'exécuter le deuxième temps dès que l'on note chez le malade une légère augmentation de poids, si l'on ne veut pas s'exposer aux récides provoquées par la reprise de l'alimentation par la bouche.

---

### CHAPITRE III

---

## RÉSULTATS OPÉRATOIRES

---

#### *I. Résultats immédiats.*

Les cinq cas d'hémigastrectomie du service de M. Goulioud ne comportent ni décès ni complications pulmonaires ; les suites immédiates sont des plus simples.

En somme, si l'on envisageait uniquement les résultats de cette faible série opératoire, on pourrait en arriver à conclure que l'exérèse large n'est pas plus meurtrière que la simple gastro-entérostomie ; et pourtant, parmi ces cinq estomacs biloculaires, trois présentaient de solides adhérences compliquées d'ulcus pénétrant au niveau du pancréas, ou du foie. Pour ces trois malades, l'exérèse a donc comporté une certaine gravité ; mais, il faut reconnaître que si ces opérées étaient anémiées et affaiblies au moment de l'intervention, aucune n'était parvenu à la période cachectique.

M. Delore a perdu deux malades sur neuf, soit 22,2 0/0, ce qui porte la léthalité globale à 15,6 0/0 pour les quatorze interventions que nous rapportons.

La première de ces malades (obs. X) est morte d'une fistule, survenue au neuvième jour, au niveau de l'anastomose et imputable vraisemblablement à l'emploi du bouton anastomotique ; la deuxième (obs. XI) avait fait, au quatrième jour, une hépatisation massive de la base droite ; sa famille l'emmène le surlendemain, malgré un début d'amélioration, et elle meurt en cours de route.

Ces deux décès se sont produits chez des malades profondément cachectiques, réduites, en quelque sorte, à l'état squelettique et qui présentaient un ulcère en selle géant envahissant la paroi, le foie et le pancréas ; l'opération en deux temps n'avait pu être pratiquée, du fait de l'ouverture prématurée de la cavité gastrique ; ces opérées avaient, néanmoins, échappé au danger du shock opératoire, et l'issue fatale est survenue au moment où l'on entrevoyait déjà la guérison.

Deux autres malades (obs. VIII et XIII), anesthésiées à l'éther, ont fait des complications pulmonaires, qui ont nécessité chez la première une hospitalisation de deux mois dans le service de M. Courmont ; toutes deux se sont parfaitement rétablies.

Chez les autres, les suites opératoires sont aussi simples que possible.

## II. Résultats éloignés.

1° *Résultats cliniques.* — a) Les opérées de M. Goulioud et celle du Dr Olivier (obs. V) ont été revues à diverses reprises depuis leur intervention et nous ont donné encore tout dernièrement des nouvelles de leur état de

santé ; elles ont été suivies respectivement pendant 15, 6, 8, 2 et 1 ans.

Les résultats sont des plus satisfaisants ; à aucun moment on n'a pu observer chez l'une ou l'autre de ces malades l'existence de troubles digestifs ou de douleurs indiquant une récurrence ulcéreuse, voire même une déficience manifeste du fonctionnement gastrique ; et cependant toutes sont loin d'avoir suivi le régime sévère que préconise Flint (1) chez les pylorectomisés qu'il considère comme des infirmes de la digestion.

Deux de ces malades (obs. I et II) dont l'une avait subi une exérèse assez étendue, se sont livrées, durant toute la guerre, au travail pénible de la terre, bêchant, labourant, sans éprouver le moindre malaise, en dépit d'une alimentation très indigeste.

Une autre (obs. III) chez laquelle M. Goullioud a réséqué une poche prépylorique très importante, ressentait simplement une gêne passagère lorsqu'elle mangeait trop vite, et trop copieusement, malgré une dentition déplorable ; actuellement, cette sensation de plénitude après les repas abondants a totalement disparu, et, du reste, l'état général de cette malade a toujours été on ne peut plus satisfaisant.

b) Chez les opérées de M. Delore, les résultats se sont maintenus excellents jusqu'à la période actuelle, c'est-à-dire 10 ans dans les trois premiers cas (obs. VI, VII, VIII), 9 ans dans le quatrième (obs. IX), 3 ans dans le cinquième (obs. XII), 1 an dans le dernier ; une seule malade chez

---

(1) FLINT : *The British Journal of surgery*, T. VII, 27 janvier 1920.

laquelle nous ignorons les suites éloignées est celle de l'obs. XIII ; nous n'avons pu la retrouver.

Toutes ces opérées, incapables qu'elles étaient avant leur intervention, de mener une existence active, tant elles étaient excédées par la persistance des symptômes digestifs douloureux, jouissent depuis d'une santé florissante ; aucune n'a souffert de l'estomac ; toutes ont repris du poids, l'une d'entre elles jusqu'à vingt-sept kilogrammes (obs. VI) ; toutes enfin ont pu se livrer à un travail suivi, et le plus souvent pénible.

2° *Examen radioscopique.* — Les données radioscopiques semblant en désaccord avec les résultats cliniques. Chez deux opérées de M. Goullioud (obs. II et III) qui avaient subi une exérèse large, M. Arcelin constate une incontinence gastrique manifeste ; la poche cardiaque joue le rôle d'un « véritable entonnoir » qui déverse sans temps d'arrêt la bouillie bismuthée dans l'anse jéjunale distendue.

Chez une malade de M. Delore, on constate également une évacuation rapide du contenu gastrique dans le duodénum (Kocher).

Il convient de faire remarquer qu'au moment où ces opérées ont été radioscopées, elles ne présentaient aucun malaise appréciable, aucun trouble fonctionnel. De l'avis de P. Duval, lorsqu'à ces troubles radiologiques correspondent un état général prospère et l'absence complète de tout signe clinique, il y a lieu de tenir les résultats pour excellents, et c'est le fait de toutes ces malades.

En résumé, pour ces quatorze interventions on a :

Interventions en deux temps : 2 (obs. XII et XIII).

RÉSULTATS :

Décès : 2 soit 15,6 0/0 (obs. X et XI).

GUÉRISONS :

1 constatée seulement à la sortie de l'hôpital.

1 constatée pendant 6 ans (obs. 2).

10 maintenues jusqu'à l'époque actuelle, c'est-à-dire pendant un temps respectif de :

|                      |                  |
|----------------------|------------------|
| 15 ans (un cas) ;    | 3 ans (un cas) ; |
| 10 ans (trois cas) ; | 2 ans (un cas) ; |
| 9 ans (un cas) ;     | 1 an (deux cas). |
| 8 ans (un cas) ;     |                  |

---

## CHAPITRE IV

---

### INDICATIONS COMPARÉES DE L'HÉMIGASTRECTOMIE ET DES AUTRES MÉTHODES

---

Avant de rechercher les indications de l'hémigastrectomie, il nous semble utile de faire une étude sommaire de la valeur et des indications des autres procédés de traitement de l'estomac en sablier. Nous envisagerons successivement les méthodes palliatives et la résection médio-gastrique.

**I. Interventions palliatives.** — Les cas de biloculation dont nous rapportons l'observation, ceux relatés par Lubetzki, Santy, etc... montrent que les sténoses purement cicatricielles sont excessivement rares, et qu'elles sont presque toujours le siège d'un ulcus en évolution qu'il serait dangereux de vouloir traiter systématiquement par la dérivation.

Il faut reconnaître que, à part la gastroplastie, qui a donné de fréquents insuccès (Ricard, Downes, Walton) les deux autres procédés comportent parfois d'excellents résultats durables, résultats constatés encore au cours de ces dernières années.

Avec la *gastro-gastrostomie*, P. Duval obtenait, en 1914, trois succès avec examen radiologique très satisfaisant. Downes, Walton ont constaté plusieurs guérisons. M. De-

lore a eu recours à cette méthode dans quatre cas particuliers, et ces interventions, dont la plus ancienne remonte à 1916, ont été suivies de guérison parfaite constatée encore tout récemment. Nous avons vu enfin M. Goullioud employer dernièrement ce procédé dans une forme spéciale de biloculation comportant une sténose canaliculaire au niveau du tiers supérieur de l'estomac, et, en outre, un ulcus juxtacardiaque adhérent en arrière : la gastro-gastrostomie qui, en l'occurrence, était la seule intervention possible, a donné un résultat excellent cliniquement et sous l'écran.

Quant à la *gasro-entérostomie simple* sur poche cardiaque (nous ne parlerons pas des procédés complexes de Clément et de Monprofit, ni des opérations combinées) quelques auteurs en sont encore partisans en tant qu'intervention curative ; la plupart, du moins, se montrent satisfaits de son fonctionnement. Pauchet la conseillerait comme méthode de choix à tout opérateur peu entraîné à la chirurgie gastrique.

Nous avons déjà signalé deux malades de M. Goullioud chez lesquels elle a donné de bons résultats durables ; une autre malade, âgée et cardiaque, a dû également sa guérison à cette anastomose.

Par contre, M. Goullioud a constaté chez une opérée, en dehors de son service, des phénomènes « d'engouement de la poche pylorique », cédant à la diète prolongée durant quelques jours.

Quoiqu'il en soit, en raison des récidives possibles, et qui ont été particulièrement nombreuses, si l'on s'en rapporte aux anciens auteurs et à la thèse de Santy, ces diverses méthodes ne sont plus employées que dans les

cas où l'exérèse est impraticable, du fait de la complexité des lésions locales ou de la précarité de l'état général du malade. Et encore est-il permis de dire que le perfectionnement de la technique opératoire, et d'autre part l'intervention en deux temps, de même que l'emploi de l'anesthésie régionale, ont fait reculer notablement les limites de la résection. D'ailleurs, la complexité des lésions ulcéreuses n'est, elle-même, pas toujours favorable à l'application de l'un ou de l'autre de ces procédés.

En somme, il n'est, à l'heure actuelle, ainsi que nous l'avons déjà dit, que deux méthodes curatives : la résection médiogastrique et l'hémigastrectomie, qui peuvent, dans une certaine mesure, comporter des indications identiques.

**II. Résection médiogastrique.** — Le procédé de Riedel, c'est-à-dire, résection annulaire avec gastrorraphie circulaire, est considéré par un grand nombre d'auteurs comme la méthode de choix dans le traitement de l'estomac biloculaire.

*a) Fonctionnement gastrique.* — Si l'on s'en rapporte à plusieurs communications de P. Duval (1), on observerait avec cette intervention des troubles radiologiques souvent « impressionnants » ; la sténose médiogastrique postopératoire serait habituelle, et de nombreux auteurs auraient constaté des modifications profondes de l'évacuation tantôt accélérée, tantôt retardée, à tel point que Kümmer remarquait chez une de ses malades une réten-

---

(1) DUVAL. Congrès de chirurgie de Paris 1920 ; *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 1921, p. 7.

tion bismuthée de deux-cent-soixante-quatre heures au vingt-septième jour de l'opération ; chez une autre de ses opérés, cinq mois après l'intervention, l'évacuation n'était pas complète au bout de vingt-quatre heures ; quelques-uns enfin signalent la rétention paradoxale avec gastro complémentaire.

Cependant, à part de rares exceptions, ces troubles radiologiques ne provoquent aucun phénomène clinique appréciable (Duvai). Du reste, plusieurs chirurgiens, notamment MM. Tixier et Delore se montrent parfaitement satisfaits des résultats fonctionnels.

*b) Résultats cliniques.* — Sur quarante-quatre cas de biloculation rapportés par Santy, on n'observe pas de récidence ; un seul malade (Bier) conserve quelques douleurs après les repas exagérés ; les résultats les plus éloignés portent sur deux ans ; plusieurs, il est vrai, n'ont pas été suivis.

Pauchet a eu trois résultats excellents. M. Tixier n'a jamais observé d'insuccès.

Par contre, Downes, sur quatre cas, a constaté un retour d'accidents douloureux quelques mois après l'intervention.

Lapeyre a été obligé de réintervenir chez deux malades pour reproduction de la sténose.

M. Delore enfin a eu deux insuccès, mais il s'agissait dans ces deux biloculations de néoplasme à évolution lente ; l'une de ces malades a été traitée avec bon résultat par une gastropyloréctomie secondaire.

*c) Indications.* — La plupart des auteurs considèrent cette intervention comme la méthode de choix pour la sténose médiogastrique, lorsqu'une portion de la poche

est exempte de lésions ulcéreuses. Nous adoptons cette manière de voir, surtout pour les cas où la sténose se rapproche davantage du cardia ; nous allons du reste étudier les indications comparées de cette méthode et de l'hémigastrectomie.

### III. L'hémigastrectomie ou gastropyloréctomie. —

Cette intervention comporte l'exérèse de la sténose médio-gastrique ulcéreuse, de la poche pylorique et du pylore ; elle se réduit le plus souvent à un Billroth II, type artificiel couramment employé dans la chirurgie du cancer du pylore ou de l'antrum pylorique.

Nous ne croyons pas utile d'insister longuement sur la *valeur fonctionnelle* de cette méthode, dont le mode de continuité est parfaitement connu. Il est habituel d'observer avec ce dernier une évacuation rapide, parfois même une vidange brutale du contenu gastrique dans le jéjunum (Duval) ; mais, cette incontinence ne se traduit par aucune manifestation clinique appréciable (obs. II et III) ; et, c'est également le cas des troubles radiologiques constatés par de nombreux auteurs avec la résection médiogastrique, troubles dont nous avons parlé précédemment.

D'autre part, à l'inverse de ce que l'on pourrait observer avec la simple anastomose sur poche cardiaque (cas de Monprofit), on sait parfaitement que la néostomie du Billroth II, même pratiquée au bouton anastomotique, n'a aucune tendance à l'oblitération cicatricielle, grâce au passage forcé du chyme gastrique qui maintient continuellement l'orifice en état de béance.

Le Billroth II est donc un mode de continuité très satisfaisant dans son fonctionnement à longue échéance.

Quant à la *valeur curative* de l'hémigastrectomie, elle semble déjà confirmée par les quelques résultats éloignés que nous venons de rapporter, et, c'est avant tout celle de l'exérèse large qui supprime, ainsi que nous allons le voir, les lésions siégeant à la fois au niveau de la sténose et du segment inférieur. Mais, précisément en raison du sacrifice qu'elle impose, et dont l'étendue serait parfois disproportionnée à la gravité de la lésion (Duval), l'hémigastrectomie semblerait ne s'appliquer qu'à un petit nombre de cas de biloculation. Il importe donc de rechercher la part qui est susceptible de lui revenir dans le traitement de l'estomac en sablier, en même temps que les arguments qui pourraient être en sa faveur.

**Indications.** — Il est tout d'abord des cas où la gastropyloréctomie s'impose par la découverte de lésions qui entraînent nécessairement l'exérèse du segment inférieur : *indications de nécessité*. C'est en premier lieu l'association d'une sténose pylorique avec la sténose médiogastrique, éventualité que nous rencontrons chez quatre malades de M. Delore (obs. VI, VII, IX, XI). Dernièrement P. Duval et Chiloliau ont appliqué la méthode à deux cas analogues. Il est bien évident, qu'en semblable occurrence, il ne saurait être question de la résection médiogastrique.

Les autres indications de nécessité découlent de la présence d'ulcères multiples siégeant à la fois au niveau de la sténose et de la zone prépylorique (obs. VIII, XII) ou d'un ulcus calleux unique se propageant le long de la petite courbure jusqu'au voisinage du pylore (obs. XIV) et déter-

minant à distance une infiltration massive des tuniques gastriques qui interdit toute conservation d'une portion de la poche inférieure.

Dans certains cas enfin, l'ulcus médiogastrique est tellement étendu non seulement dans le sens sagittal, mais encore transversalement du cardia au pylore, que la suture bout à bout des deux tranches de section est matériellement irréalisable. On se trouve dans la nécessité de recourir à une médiogastrique atypique avec billroth II laquelle ne diffère pas, en somme de l'hémigastrectomie. Dans deux cas analogues (obs. X et XIII), M. Delore a eu néanmoins recours à la pylorectomie complémentaire. C'est également cette technique qu'a adoptée Bier pour trois malades qui présentaient les mêmes lésions, et dont Santy rapporte les observations.

*Indication de choix.* — M. Goullioud a donné, en 1907, une application particulière de la méthode : la biloculation avec *petite poche pylorique* (obs. I), disposition que nous trouvons également chez une autre de ses opérées (obs. IV) et chez celle de M. Olivier (obs. V). C'est là, si l'on veut, l'indication de choix.

Indépendamment des cas où l'extrême exiguité de la poche interdit l'emploi de la résection médiogastrique, il semble, en effet, que, dans cette variété de biloculation, l'hémigastrectomie comporte de sérieux avantages. Avec le Billroth II, c'est un procédé d'exécution particulièrement aisé, incontestablement plus facile qu'une médiogastrique faite à proximité du pylore. D'autre part, on peut se trouver en présence d'une poche cardiaque dilatée ou œdématisée du fait de l'étroitesse de la sténose ; les tissus, présentant un certain degré de fragilité, se prêteraient

mal à une suture termino-terminale, et, en pareil cas, la fermeture de la poche semblerait moins aléatoire.

Enfin, en réséquant une poche pylorique de dimensions réduites, on fait disparaître, sans grand dommage pour l'organe, un segment qui peut comporter, suivant les dimensions de l'ulcus, sinon une infiltration massive de ses tuniques, du moins une hyperhémie et un état fissuraire de la muqueuse, lesquels joueraient pour Témoin un rôle prépondérant dans la pathogénie des récidives.

Cette indication de l'hémigastrectomie pour les poches pyloriques de faibles dimensions est largement admise par un assez grand nombre de chirurgiens, entre autres P. Duval et Delagenière. Et, comme cette disposition de la sténose au niveau du tiers inférieur de l'estomac est, de l'avis de nombreux auteurs, relativement fréquente, ainsi que nous l'avons déjà signalé, il s'ensuivrait que cette intervention doive occuper une large place dans le traitement de l'estomac en sablier.

*Autres indications.* — Dans les cas de sténoses plus distantes du pylore, l'application de la méthode est discutable, car il s'agit là de l'indication même de la résection médiogastrique.

Mais on doit lui préférer l'hémigastrectomie toutes les fois qu'une portion notable de la poche pylorique est infiltrée par le processus inflammatoire.

D'autre part, il semble prudent de réséquer un pylore dont la perméabilité paraît douteuse du fait de la rétraction cicatricielle partie de l'ulcus médiogastrique ou du voisinage du pylore. C'est le cas d'une malade de Brenner et d'un autre de Borelius dont l'observation se trouve rapportée dans la thèse de Santy, et qui présentaient une

ébauche de sténose pylorique ; mais quelques traînées de périgastrite avec brides adhérentes auraient pu faire craindre l'accroissement ultérieur du rétrécissement.

Dernièrement Weiss et Hamant ont signalé l'existence de *ganglions sous-pyloriques*, correspondant à des ulcérations siégeant au voisinage du pylore et coexistant avec l'ulcère calleux de la petite courbure ; cette constatation porte sur quatre pièces anatomiques réséquées. De l'avis de Delagenière, s'il était démontré que cette adénopathie traduise, d'une manière générale, la présence d'ulcères concomittants au niveau de la tubérosité, il s'ensuivrait l'indication nette d'exclure ou de réséquer le pylore : d'où la nécessité de l'hémigastrectomie.

Cette remarque n'a pas été faite par d'autres auteurs ; mais, par contre, les *ulcères multiples* sont relativement fréquents avec l'ulcus calleux de la petite courbure : cette particularité, signalée en 1914, par Bouchut et Durand, par Cotte, a été confirmée au dernier Congrès de chirurgie de Paris. Dujarier a constaté la présence supplémentaire de quatre petits ulcères dont certains juxtapyloriques ; Abadie (Oran) sur seize cas opérés en présentait trois dans lesquels il se trouvait, indépendamment de la lésion principale, un ou plusieurs ulcus duodénaux qu'un examen soigneux n'avait pas permis de découvrir au moment de l'intervention ; il semblerait que ce soit l'une des raisons pour lesquelles cet auteur résèque systématiquement le pylore quelque soit le siège de la lésion.

Ces particularités anatomiques concernent, il est vrai, l'ulcus calleux simple de la petite courbure ; mais, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, la biloculation gastrique s'accompagne assez fréquemment d'ulcus multiples

qui ne siègent pas exclusivement au voisinage de la sténose ; ces lésions peuvent aboutir à la cicatrisation ; mais il n'est pas impossible de trouver à l'examen histologique des cellules inflammatoires qui traduisent encore un certain degré d'évolution latente pouvant justifier l'indication de cette méthode.

Ces lésions sont là pour légitimer l'hémigastrectomie.

De nombreux chirurgiens, entre autres Clairmont, Dobbertin, Payr, etc..., attacheraient une importance capitale à l'exérèse de la tubérosité, en tant que région éminemment peptique et productrice d'acide chlorhydrique : d'où son indication dans les *ulcères hyperchlorhydriques*. Pouchet serait tenté de voir, à ce point de vue, une supériorité de l'hémigastrectomie sur la résection médiogastrique.

Il est tout d'abord démontré que le Billroth II fait disparaître l'hypersecrétion à jeûn et l'hyperchlorhydrie ; il réduit également l'acidité totale à un taux parfois inférieur à un millième (Soupault, Borozeki).

D'autre part, la résection médiogastrique ne modifie pas sensiblement la teneur du suc gastrique en H Cl ; c'est, du moins, ce qui ressort d'une série de chimismes rapportés par Kummer.

Si l'hyperchlorhydrie jouait, ainsi que le pensent Gosset (1), Lieblin, Lœwy (2), etc... un rôle prépondérant dans la pathogénie de l'ulcère, l'hémigastrectomie comporterait, à ce titre, de sérieuses garanties contre les récidives.

---

(1) GOSSET : *Revue de Chirurgie* 1906.

(2) LÆWY : *Thèse Paris* 1921.

possibles. Mais, il faut reconnaître que les causes de l'ulcus sont particulièrement complexes ; d'après une étude récente de Santy (1) sur la reproduction expérimentale de l'ulcère, la stase serait l'un des facteurs les plus constants ; sous ce rapport également la gastropyloréctomie semble devoir donner toute satisfaction, car, c'est l'intervention évacuatrice par excellence.

À côté de ces considérations d'ordre anatomique et biochimique, d'autres enfin sembleraient en faveur de l'hémigastrectomie : elles sont d'ordre *histologique*.

Ce sont, en premier lieu, les *lésions de gastrite interstielle* étendues sur une large portion de l'estomac, et signalées par Colomba, Laveran, Gaillard et récemment par Hartmann (2). Le professeur Paviot, dans son enseignement oral, a également attiré l'attention sur l'existence de cellules inflammatoires au niveau de la muqueuse saine en apparence, relativement loin de l'induration ulcéreuse, et, à son avis, l'exérèse de cette muqueuse altérée est une pratique non seulement recommandable, mais nécessaire, car, il estime que la plupart des ulcères calleux sont d'origine bacillaire, conception pathogénique qui est du reste celle de Tripier, de M. Arloing (3). Cette exérèse large semblerait surtout le fait de l'hémigastrectomie.

Une deuxième considération qui ne devrait pas faire partie du cadre que nous nous sommes proposé dans cette étude, mais que nous signalons, étant donné son importance ; c'est l'*ulcéro-cancer*.

---

(1) SANTY : *Lyon Chirurgical* 1919, p. 597.

(2) HARTMANN : *Congrès de chir. Paris*, 1920, p. 258.

(3) ARLOING : *Thèse Lyon*, 1902.

Les statistiques concernant la coexistence du néoplasme avec l'ulcus sont des plus divergentes ; elles varient, suivant les auteurs, de 6 à 71 0/0 (Kummer), divergence qui provient sans doute d'une différence d'interprétation.

Quoiqu'il en soit, le néoplasme « larvé », à évolution lente, serait, de l'avis de M. Delore, relativement fréquent ; plusieurs biloculations traitées par la gastrectomie ont été reconnues d'origine néoplasique uniquement à l'examen microscopique. Deux malades, en particulier, chez lesquelles M. Delore avait pratiqué une résection médiogastrique, ont fait une récurrence quelques années plus tard : l'une (1) a subi une gastropyloréctomie secondaire qui a donné un résultat qui s'est maintenu excellent, jusqu'à l'époque actuelle, c'est-à-dire pendant cinq ans ; la deuxième, opérée en 1913, est morte au début de 1922, après une longue période de troubles douloureux.

La fréquence de ces lésions décelées seulement par l'examen histologique, et, d'autre part, les quelques récurrences constatées avec la résection médiogastrique sembleraient être un sérieux argument en faveur de l'hémigastrectomie.

En somme, cette intervention comporte des indications de nécessité qui sont tirées de la présence de lésions médiogastriques et pyloriques associées, et de l'extension du processus inflammatoire à la totalité du segment inférieur ; dans les cas de biloculation comportant une poche pylorique de faibles dimensions c'est vraisemblablement la méthode de choix. Lorsque la sténose siège au voisi-

---

(1) DELORE : Résection gastrique itérative : *Soc. de Chir. Paris*, 1917, p. 124.

nage de la portion moyenne de l'estomac, l'indication de l'hémigastrectomie est le plus souvent facultative ; mais, d'une manière générale, elle semble indiquée lorsqu'une portion notable de la poche inférieure est envahie par le processus ulcéreux, lorsque le pylore présente une perméabilité suspecte et que l'on soupçonne dans son voisinage la présence d'un ulcus. Cette méthode peut être également préférée à la médiogastrique toutes les fois qu'elle se présente pour être d'une technique plus aisée ; nous voulons parler surtout des cas où la suture bout à bout des deux tranches de section est difficile en raison de l'étendue de l'excérèse, nécessitée le plus souvent par la gravité des lésions macroscopiques et peut être légitimée parfois, dans une certaine mesure, par les lésions d'ordre histologique dont nous avons fait un bref exposé.

M. Goullioud serait tenté de faire de sa méthode l'intervention habituelle pour la sténose médiogastrique. Satisfait du résultat de sa première opération et qui s'était maintenu excellent depuis sept ans, il en a étendu l'application à deux cas où, à son avis, une résection médiogastrique était parfaitement réalisable ; il a eu recours à une intervention classique, d'exécution facile, dont il connaissait très bien le fonctionnement physiologique, et qui enfin comportait de sérieuses garanties contre les récurrences précitées. Du reste, cette méthode lui a donné quatre résultats excellents dont le plus ancien date de quinze ans.

Pauchet ferait de la gastropyloréctomie son procédé de choix et il l'appliquerait systématiquement à toute sténose médiogastrique.

Cette méthode enfin est celle que de nombreux chirurgiens

giens emploient de préférence à tout autre dans le traitement de l'ulcère calleux simple de la petite courbure.

Quoiqu'il en soit, la valeur d'un procédé dépend de ses *résultats*, et, ceux que nous rapportons sont excellents à tous points de vue.

Les résultats signalés par d'autres auteurs sont du même ordre.

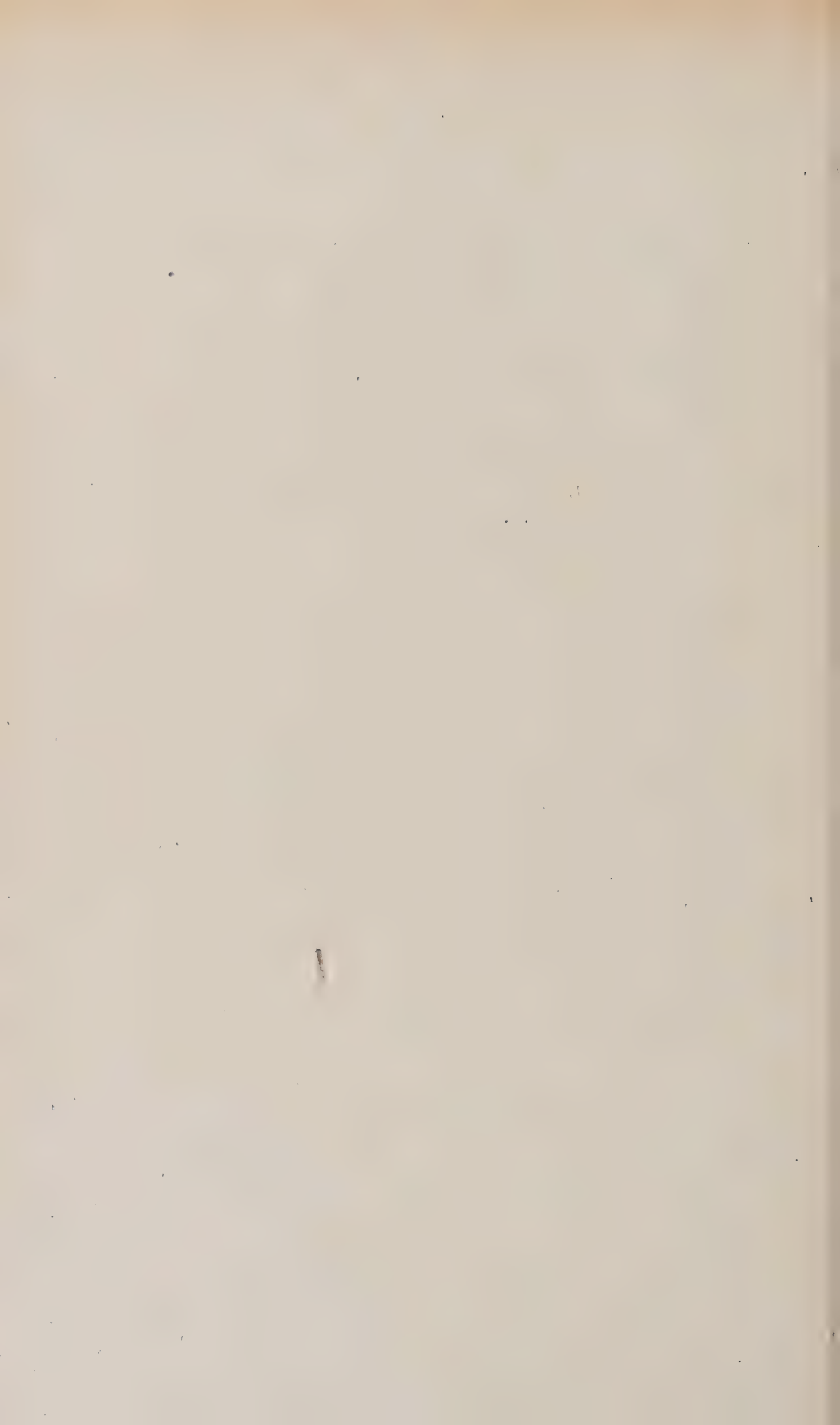
Santy relate vingt cas de biloculation traitées par la gastropyloréctomie (parmi ces cas figurent sept de nos observations) et seize des malades qui ont survécu à l'intervention ont été parfaitement guéris.

Pers aurait également constaté quatre excellents résultats durables.

Pauchet n'aurait pas observé de récidives et le nombre de ses interventions pour estomacs en sablier se montait à quinze en 1919.

Enfin, en ce qui concerne le traitement de l'ulcère de la petite courbure, les résultats éloignés rapportés au dernier Congrès de chirurgie de Paris par Abadie, Tisserand, Dujarier, Témoin, etc., sont tous des plus satisfaisants et semblent parfaitement confirmer la valeur de l'exérèse large.

---



## CONCLUSIONS

---

I. Dans le traitement de l'estomac biloculaire par ulcus en évolution, les méthodes palliatives (gastroplastie, gastro-gastrostomie, gastro-entérostomie) qui laissent l'ulcus, origine possible de complications graves, ne sont considérées que comme des méthodes de nécessité.

II. Deux interventions sont actuellement employées : la résection médiogastrique et l'hémigastrectomie ou gastropyloréctomie ;

1° La résection médiogastrique est employée par la plupart des chirurgiens dans les cas où l'ulcus, tout en déterminant le syndrome sténose, laisse un portion notable de la poche pylorique exempte d'infiltration inflammatoire.

Le fonctionnement physiologique de cette méthode est très satisfaisant.

2° L'hémigastrectomie ou gastropyloréctomie est considérée par quelques auteurs comme le procédé de choix :

Elle supprime l'ulcus sténosant, la poche pylorique, le pylore, et ramène le plus souvent l'estomac à un type artificiel parfaitement connu (Billroth II) dont le fonctionnement est également très satisfaisant.

Les résultats éloignés de cette méthode suivis pendant une période de un à quinze ans, sont excellents.

Cette intervention est particulièrement indiquée dans les biloculations avec petite poche pylorique et dans les cas d'ulcus multiples siégeant à la fois au niveau de la sténose et du pylore.

Vu :

*Le Président de thèse,*  
TIXIER.

Vu :

*Le Doyen,*

J. LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Lyon, le 6 avril 1922.

*Le Recteur, Président du Conseil de l'Université*

JOUBIN.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- BRESSOT. — Six ans de chirurgie gastrique (Service de M. Tixier), *Thèse de Lyon*, 1909.
- CAILLÉ. — *Thèse Paris* 1914.
- CHIFOLIAU. — Ulcus calleux de la petite courbure et biloculation gastrique. Pylorogastrectomie.  
*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris* 1920. T. II, p. 1350.
- CLAIRMONT. — De la résection de l'estomac pour ulcère (discussion).  
*Rev. de Chir.* 1913, p. 989.
- Congrès de Chirurgie* de Paris 1920. Ulcère de la petite courbure (Abadie, Delagenière, Dujarier, Duval, Lapeyre, Pauchet, Témoin, Tisserand, etc.)
- Congrès international de chirurgie.* New-York, avril 1914.
- CREYX et LOUBAT. — Un cas de sténose médiogastrique d'origine ulcéreuse.  
*Gaz. hebdomadaire Soc. Méd. Bordeaux*, 1921, p. 377.
- DAVID DE PRADES. — Indications opératoires et procédé de choix pour le Traitement des ulcères de l'estomac.  
*Thèse Alger* 1920.
- DELORE. — Résection gastrique itérative (estomac biloculaire).  
*Soc. de Chir. Paris*, 1917, p. 124.

- DELORE et ALAMARTINE. — Ulcère en évolution et biloculation gastrique. *Lyon Chirurgical*, 1909, p. 482.
- DELORE et GUILLEMINET. — Gastrectomie en deux temps. *Rev. de Chir.* 1920. T. LVIII.
- DELORE et MAGDINIER. — Estomac biloculaire ; nouvel ulcère cancérisé ; pylorectomie. *Lyon Médical*, janv. 1910, p. 158.
- DELORE et SANTY. — De la valeur de la gastrectomie dans l'ulcère de l'estomac. (4 obs. de gastropylorectomie pour biloculation). *Lyon Chir.*, 1<sup>er</sup> mars 1914.
- DOWNES. — Indications opératoires de l'estomac en sablier. *Surgery obst. and gynec.* T. XXVI, n° 1, janv. 1918.
- DUBOIS. — Contribution à l'étude des ulcères calleux de l'estomac. *Thèse Lyon* 1920.
- FELLMANN. — Réflexions sur quarante-et-une observations de gastrectomie en deux temps. *Thèse de Lyon*, 1920.
- GOULLIOUD. — Communication à la Société de chirurgie de Lyon, 23 janvier 1908. *Lyon Médical*, 15 mars 1908, et *Thèse Santy*, Lyon 1914, p. 308 (1<sup>re</sup> observation).
- De l'Hémigastrectomie dans l'estomac biloculaire (trois observations). Rapport de P. Duval. *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 3 décembre 1919, p. 1509.
- De l'Hémigastrectomie dans l'estomac biloculaire. *Presse Médicale*, 18 août 1920, p. 566.
- LECÈNE. — Quelques résultats éloignés d'interventions pour ulcères médiogastriques. *Journal de Chir. Paris*, 1921, t. XVII, p. 1-8.
- LERICHE. — Gastrectomie dans l'estomac biloculaire. *Lyon Chir.*, 11 décembre 1913, p. 191.

LETESSIER. — *Thèse Lyon* 1921.

LUBETZKI. — De la résection de l'estomac dans l'ulcus et ses suites. *Thèse Paris* 1913.

MAC-LEOD. — Hour-Glass stomach ; gastric and pyloric ulcer. *British Med. Journ. London*, 1920. T. I, p. 115.

MAYER. — Gastrectomie subtotale pour ulcère médiogastrique. *Annales et Bul. Soc. roy. de Sc. Méd. de Bruxelles*, 1921, T. LXXV.

MAZZOLENI. — *Thèse Paris* 1914.

MOYNIHAN. — Traitement de l'estomac biloculaire. *Brit. Med. Journ.*, 13 décembre 1919.

NEUGEBAUER. — Zur Technik der Magenresektion *Zentralblatt für chir.*, 3 octobre 1914.

PAUCHET. — Double sténose gastrique (sablier) et duodénale. Triple anastomose. Retour des accidents par ulcères peptiques. Gastrectomie. Guérison. *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1914, p. 528.

— Traitement de l'ulcère chronique de l'estomac. *Presse Médicale*, octobre 1916.  
Estomac biloculaire, *Presse Méd.*, 24 juillet 1919.  
Traitement chirurgical des affections de l'estomac. *Editions médicales*, 1919.

— Hémigastrectomie. *Pratique Chirurgicale illustrée*, fasc. II, 1921, p. 158.

PERS (Alfred). — Mitteilungen über Sanduhrmagen in Anschluss an 18 operierte fälle (5 Billroth II). *Zentralbl. für chir. Leipzig*, n° 23., 6 juin 1914.

SANTY. — *Thèse Lyon* 1914. Contribution à l'étude des ulcères chroniques du corps de l'estomac et des estomacs biloculaires par ulcère.

THOMAS. — *Observation of fifty cases of hour-glass stomach subjectes to operation.*

*Brit. Med. Journ. Bristol* 1921, IX, p. 37-41.

TISSERAND. — Résections non orificielles de l'estomac. *Thèse Lyon* 1906.

VON REDWITZ. — *Mitt. a. d. Grenzb. d. med, und chir. Iena*, 1916-1917, n° 29, p. 531-620.

WALTON. — Traitement de l'estomac biloculaire. *Surg. Gyn. and. obst.* London XXIX, n° 3, septembre 1919, p. 213.

---







